

In Italia la comunità come strumento di accoglienza, cura e

riabilitazione delle persone tossicodipendenti ha conosciuto un successo straordinario. Nessun Paese – dicono le ricerche – ha dato vita a così tante strutture residenziali. Il culmine si è avuto a metà anni '90, ma anche oggi il loro numero resta consistente. Una presenza capillare, benché negli ultimi anni meno percepibile, data la minor eco che le problematiche delle dipendenze hanno nell'opinione pubblica.

La storia delle comunità terapeutiche data oltre 40 anni. Le prime, nate agli inizi degli anni '70, hanno preparato il terreno alla legge 685 del 1975, con la quale il tossicodipendente veniva finalmente considerato una persona bisognosa di cure e non un delinquente o un malato di mente. Con le loro sperimentazioni hanno aperto la porta alla speranza del cambiamento, dimostrando che la via di uscita dal «tunnel» della droga era possibile, purché si offrisse alle persone una proposta di vicinanza e di senso.

Una storia da molti definita «mitica», che negli anni ha saputo modificarsi in relazione ai cambiamenti del fenomeno, alle nuove esigenze delle persone, alle evidenze scientifiche sui trattamenti.

Una storia che oggi, in un tempo in cui si avvertono segnali di crisi – legati a fattori diversi tra cui la riduzione dei budget dedicati alle residenzialità, l'affacciarsi di una utenza più compromessa nella salute, la difficoltà di progettare il post comunità, data la crisi occupazionale – occorre capire come declinare al futuro. Di qui l'attualità di una riflessione sulla funzione delle comunità oggi. Una

riflessione che parta dall'ascolto delle esperienze costruite in questi anni, sostando nell'analisi, ponendosi domande, riconoscendone il valore per trarne indicazioni per il futuro. Un ascolto storico, che recuperi le intuizioni di un tempo per costruire nuova storia. Di qui gli interrogativi su cui riflettono queste pagine: che valore hanno avuto e hanno oggi le comunità terapeutiche? Quali problemi portano le persone oggi ospiti e quali progettualità sono con loro possibili e sensate? Come si sono riconfigurati i percorsi in comunità di fronte ai cambiamenti dell'utenza? Quali adattamenti e innovazioni si sono messi in atto e verso dove portare queste esperienze?

Questo è stato il lavoro svolto presso il Dipartimento per le dipendenze dell'ULSS 6 di Vicenza, che ha coinvolto operatori e responsabili del SERD e delle comunità. Un lavoro documentato in queste pagine, che intendono offrire indicazioni per quanti oggi operano nel campo delle dipendenze e della cura delle persone in difficoltà.

30 | A cura di R. Camarlinghi, F. d'Angella
Dove vanno le comunità per persone tossicodipendenti?

34 | A cura di R. Camarlinghi, F. d'Angella
Chi va oggi in comunità

42 | A cura di R. Camarlinghi, F. d'Angella
Come cambia la funzione delle comunità

51 | L. Grosso
Indicazioni per la relazione di cura

60 | A cura di R. Camarlinghi, F. d'Angella
Cinque punti per co-progettare percorsi appropriati

Inserto del mese
Quale cura delle dipendenze?

Riaccendere le luci sulle comunità terapeutiche

A cura di
Roberto Camarlinghi e **Francesco d'Angella**
Con un contributo di
Leopoldo Grosso



**A cura di Roberto Camarlinghi e
Francesco d'Angella**

Dove vanno le comunità terapeutiche?

Crisi e sfide di uno storico dispositivo di cura

Le comunità terapeutiche per persone con problematiche di dipendenza sono un mondo in continuo cambiamento. A non mutare è l'imprinting iniziale, che consiste nell'offrire a chi è in difficoltà una proposta di vicinanza e di senso. Merita oggi riaccendere le luci su questi storici dispositivi di cura, che in Italia hanno conosciuto una diffusione formidabile. È ciò che intendono fare queste pagine, nate da un percorso di riflessione avviato nel Dipartimento per le dipendenze di Vicenza, a cui hanno partecipato operatori e responsabili sia del SERD che delle comunità terapeutiche.

A lungo le comunità terapeutiche hanno rappresentato «la risposta» alle problematiche delle dipendenze. Una fase «mitica» durata dagli anni '70 fino a oltre metà anni '90, nella quale la «comunità» era considerata lo strumento elettivo per superare gli stati di dipendenza, aprendo le porte alla speranza della guarigione. Era il periodo in cui il problema droga era stabilmente in cima alle preoccupazioni dell'opinione pubblica.

Oggi le luci sulle comunità si sono abbassate, altre sono le preoccupazioni che affliggono la collettività. Ma proprio per questo diventa cruciale fare un investimento conoscitivo su questi dispositivi terapeutici: quale funzione hanno – e possono avere – in una scena sociale e dei consumi profondamente trasformata? Superata la fase mitica, quale stagione si apre oggi?

L'esigenza di riaprire un confronto

Le comunità terapeutiche appaiono oggi, nel racconto che ne fanno gli operatori, un mondo in crisi.

* Queste pagine documentano un percorso di analisi e riflessione sulle comunità terapeutiche svoltosi al Dipartimento per le dipendenze dell'ULSS 6 di Vicenza. Il percorso ha coinvolto operatori del Servizio dipendenze (SERD) e delle comunità in una serie di incontri. L'auspicio è che le riflessioni emerse siano di stimolo ai tanti che in Italia operano nel campo della cura delle dipendenze. A p. 71, nel box finale, l'elenco dei partecipanti.

Un mondo che attraversa una crisi

In un recente volume dedicato alle comunità si legge:

Lasciati alle spalle i tempi dei finanziamenti facilitati e degli invii sufficienti, le corde delle borse si sono strette paurosamente. Non ci sono risorse sufficienti per mantenere dignitosamente in vita le strutture, i budget dedicati alle residenzialità terminano già nei primi mesi dell'anno (poi ci sono le liste di attesa...), le rette giornaliere non sono adeguate da tempo; e lì dove le Regioni fanno uno sforzo per aumentarle leggermente, le AsL riducono il numero dei pazienti da inserire, per mantenere le spese ai livelli precedenti. La crisi è anche marcata dalla fatica di adeguare strutture, programmi, metodi alle realtà nuove dei consumi e dei consumatori attuali. ⁽¹⁾

Questo passo mostra come molte siano le questioni in gioco nell'attuale crisi delle comunità: dalle risorse finanziarie alla difficoltà di adeguarsi ai nuovi consumi, dalla sostenibilità delle strutture alle trasformazioni sociali. Questioni che si sovrappongono e si confondono, mettendo per di più in gioco la storia e l'identità di tutte le organizzazioni che nel nostro Paese hanno fatto la storia delle comunità.

Per queste ragioni oggi non è facile pensare la crisi delle comunità. Ma per le stesse ragioni diventa prioritario farlo. Occorre esplorare la complessità delle questioni in gioco, disarticolarle e scomporle per mettere a fuoco specifici problemi. E sviluppare così comprensioni mirate, capaci di ridare nuovo valore e ri-tracciare nuove progettualità per le comunità.

La crisi vista da un territorio specifico

A Vicenza la molla che ha innescato il percorso di riflessione è stata il formarsi di una lista di attesa negli invii in comunità. Un inciampo che ha reso pressante riconsiderare l'appropriatezza degli invii e ri-condividere (tra SERD e comunità) i criteri a cui riferirsi. In altre parole è diventato urgente domandarsi: chi tra i soggetti con problemi di dipendenza trae oggi il maggior beneficio dal dispositivo comunità? Quale identikit possiamo costruire per identificare l'invio «appropriato»? E a tutti gli altri che cosa offrire per non abbandonarli in un tempo senza prospettive?

Il percorso nasce dunque dal desiderio di migliorare l'efficacia e l'efficienza del dispositivo di cura «comunità», tanto più in un momento storico in cui per il sistema della cura è vitale capire come usare al meglio le risorse a disposizione (i dispositivi terapeutici, il tempo lavoro degli operatori...).

Si ha la sensazione infatti che negli ultimi anni – presi dall'urgenza-emergenza di custodire vite fragili e anche garantire sicurezza sociale – in comunità si siano aperte le porte a persone con biografie e potenzialità evolutive molto differenti. Un cambiamento che da un lato ha permesso alle comunità terapeutiche (che sono i soggetti ospitanti) non meno che ai SERD (che sono i soggetti invianti) di aprirsi alle nuove domande, ma dall'altro ha prodotto un po' di confusione riguardo al dispositivo «comunità» e alle prospettive pedagogiche e cliniche che ha oggi l'ospitalità in strutture residenziali.

1 | Coletti M., Grosso L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011.

Un percorso tra operatori del SERD e delle comunità

Alla luce di quest'esigenza di chiarezza, è vitale oggi riaprire un confronto sulle comunità. Riconfigurare attese e rappresentazioni, mettendole alla prova di ciò che sono realmente le strutture residenziali oggi, rifuggendo sguardi idealizzanti o legati a un'epoca ormai tramontata.

Le attese e rappresentazioni da riconfigurare sono in primis quelle degli operatori invianti (SERD) e ospitanti (comunità), che solo nel loro reciproco accordarsi possono sperare di offrire alle persone opportunità di cura pertinenti ed efficaci. Accordarsi non è un atto formale, ma chiede di con-venire su alcuni punti. Di condividere cioè una analisi di quelli che sono i percorsi in atto nelle comunità e di riflettere in modo congiunto sulla loro utilità e sul loro significato ⁽²⁾.

In questa logica si muovono le riflessioni qui ospitate, nate da un percorso di ricerca promosso dal SERD dell'ULSS 6 di Vicenza insieme alle comunità terapeutiche del Dipartimento. Non una ricerca astratta – volta a definire modelli, teorie e principi delle comunità terapeutiche, chiedendo poi alla realtà di adeguarsi – ma una ricerca esperienziale – tesa a esplorare le pratiche quotidiane in atto di costruzione dei percorsi comunitari. Per ascoltare ciò che esse hanno da dirci riguardo a: cosa sono diventate oggi le comunità, quali criticità emergono, quali prospettive delineare.

I fattori della crisi delle comunità terapeutiche oggi

La crisi delle comunità ⁽³⁾, vista dal territorio vicentino, sembra essere l'esito di una serie di fattori, che si possono così riassumere:

- *il progressivo invecchiamento delle persone dipendenti*. Per una quota di persone, da anni in carico al SERD, la storia di dipendenza si sta trasformando (o si è già trasformata) in storia di marginalità. Situazioni definite «croniche» o «multiproblematiche» per il cumulo di problemi che portano con sé. L'invecchiamento dell'utenza porta al prevalere di una domanda di assistenza sociosanitaria, di cura degli aspetti psicofisici e di affiancamento relazionale, più che di emancipazione dalla dipendenza e riprogettazione di una vita autonoma (come nel mandato di un tempo delle comunità);
- *profili di utenza più negoziali e instabili rispetto a un tempo*. Se storicamente le comunità erano pensate come dispositivi normativi, capaci di dare regole di comportamento e strutturare abitudini di vita nel tempo della residenzialità, oggi le nuove biografie della dipendenza faticano a stare dentro setting definiti e lunghe temporalità terapeutiche. Sembra finita l'epoca in cui i soggetti si adattavano alla comunità: oggi per le comunità l'impegno più gravoso sembra essere quello di «stare con le discontinuità» delle persone;

2 | In questo consiste l'utilità di essere Dipartimento per le dipendenze: nell'essere cioè un sistema di cura (che cura in quanto sistema).

3 | È bene precisare che «crisi» non è da intendere in senso negativo, come declino, ma in senso etimologico, come momento di riflessio-

ne e di valutazione. *Krisis* deriva infatti dal verbo greco *krino*, che significa separare, discernere. In questo senso può essere presupposto per una svolta, uno sblocco evolutivo di una situazione. La crisi quindi come possibilità di nuovo inizio, non come anticipo di fine.

- *la riduzione della spesa sanitaria.* In molti sistemi sanitari regionali si fa ormai invito alle ASL, in modo più o meno esplicito, a ridurre gli invii in comunità così da abbattere i costi delle rette; a cascata, i settori amministrativi delle ULSS chiedono ai servizi per le dipendenze (come a quelli per la salute mentale) di monitorare in modo più stringente l'andamento dei percorsi nelle comunità terapeutiche. La *spending review* sta mettendo in crisi la sostenibilità economica delle strutture residenziali;
- *una carenza nelle città di offerte di residenzialità protetta per persone marginali.* I Comuni faticano a integrare risorse per sostenere forme di residenzialità rivolte a persone emarginate. Ciò porta gli operatori dei SERD e delle comunità a utilizzare le strutture residenziali per offrire un riparo momentaneo a persone che altrimenti resterebbero sulla strada in condizioni di salute compromessa. La comunità assume quindi per molte persone tossico e alcol-dipendenti la funzione di tregua, con la speranza che ciò possa innescare una motivazione al cambiamento;
- *la crisi socio-economica che affligge i territori.* La recessione nella quale siamo piombati da un decennio, anche nel «ricco Nord Est», ha prodotto un restringimento delle possibilità di inserimento occupazionale per chi vorrebbe poter concludere il proprio iter riabilitativo. Senza un lavoro che dà reddito, le persone restano prive delle risorse necessarie per progettare una vita autonoma. L'assenza di sbocchi porta talvolta a rinviare la dimissione dalla comunità, perché non si ha cuore di riconsegnare la persona alla vita di strada. Le comunità diventano così un salvagente sociale, in territori privi di altri appigli.

Le domande a cui si cercherà di rispondere

Se questi sono oggi i principali fattori della crisi delle comunità terapeutiche, capire come affrontarli chiede di rispondere ad alcuni interrogativi, che costituiranno gli esiti conoscitivi di quest'inserto:

- chi sono oggi gli ospiti di questi storici dispositivi di cura e riabilitazione per persone alcol e tossico-dipendenti? Si può ancora individuare una tipologia prevalente (il tradizionale «eroinomane» e «alcolista») o nelle comunità arriva un mix di storie che portano esigenze e possibilità di autonomia molto differenti?
- qual è oggi la funzione delle comunità terapeutiche? Sono ancora dispositivi di cura-riabilitazione-inserimento o i mutamenti del contesto socio-economico (povertà crescente, riduzione delle possibilità occupazionali...) e del fenomeno dipendenze (invecchiamento dell'utenza, nuove modalità di assunzione...) le stanno portando ad adattamenti impliciti, distanti da quella progressione così lineare?
- come poter avviare innovazioni capaci di meglio rispondere alle domande ed esigenze delle persone che cercano di affrancarsi da storie di disagio e dipendenza? In particolare, come migliorare il reinserimento sociale e lavorativo, fase cruciale di qualsiasi percorso riabilitativo?

Attorno a questi interrogativi si cercherà di produrre riflessioni e ipotesi. Per provare ad andare oltre la crisi delle comunità terapeutiche e ridare valore alla loro funzione oggi, in territori che non possono rinunciare al presidio di questi storici, ma ancora generativi dispositivi di cura.

**A cura di Roberto Camarlinghi e
Francesco d'Angella**

Chi va oggi in comunità

Un mix di storie e percorsi

Negli ultimi anni – sulla scia dei mutamenti del fenomeno dipendenze, e incalzati dall'urgenza di custodire vite fragili e anche garantire sicurezza sociale – si sono aperte le porte delle comunità a persone con biografie e potenzialità molto differenti. Oggi vi affluiscono non più solo i soggetti che intendono affrancarsi, ma persone invecchiate con la propria dipendenza, segnate da rabbie e aggressività, traumi e disturbi psichici. Non mancano persone in misura alternativa e altre con lavoro e famiglia che chiedono un aiuto a tenerli. Un mix di esigenze che, se non assunto, rischia di rendere le comunità grandi contenitori indifferenziati.

Un tempo le comunità terapeutiche costituivano – nell'opinione comune – la tappa di un duro percorso volto all'emancipazione dalla dipendenza: vi approdavano le persone che mostravano di avere più risorse, quelle considerate a «prognosi più favorevole».

Da qualche tempo – e da più parti – si segnala un cambiamento negli ospiti delle strutture residenziali: sempre più vi affluiscono persone con storie, attese e possibilità evolutive molto diverse. Un mix di fronte al quale rischia di non essere più chiara la funzione delle comunità: a chi servono? A cosa servono? Per questo – per evitare che risultino contenitori indifferenziati – diventa importante soffermarsi a capire chi oggi va in comunità e quale utilizzo si sta facendo di questo dispositivo di cura ⁽¹⁾.

Gli stati d'animo di chi oggi entra in comunità

C'è stata un'epoca – scrive Leopoldo Grosso – in cui la comunità terapeutica era «l'università», il servizio

1 | Nel percorso a cui queste pagine si riferiscono la ricognizione di «chi oggi va in comunità» è avvenuta in un duplice modo: 1) andando a riaprire le cartelle cliniche delle persone e riconsiderando le loro storie: da quanto tempo sono dipendenti, cosa si è offerto loro negli anni, in che condizioni di salute si trovano oggi, quali possibilità evolutive ancora si intravedono; 2) andando a riconsiderare i profili delle persone oggi ospitate nelle strutture residenziali: quali volti, attese e potenzialità emergono? Quali elementi di novità e di criticità si evidenziano? Che tipo di utilizzo si sta facendo delle strutture?

territoriale per le dipendenze (SERD) la «scuola dell'obbligo». Le comunità terapeutiche operavano cioè con «i primi della classe», ossia con chi veniva selezionato in base alle sue motivazioni e capacità a intraprendere un percorso *drug free*. Il servizio pubblico – da parte sua – tratteneva e gestiva l'utenza più difficile e di ritorno, spesso in ricaduta ⁽²⁾.

Oggi la situazione pare essersi rovesciata: chi ha maggiori risorse (ha un lavoro o è nelle condizioni di procurarselo, ha legami familiari...) tende a privilegiare un trattamento ambulatoriale, magari con i farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina), trovando poco attraente l'ipotesi di «autosospendersi» per due anni in comunità. Nelle comunità arrivano invece persone con attese, stati d'animo e motivazioni anche molto contrastanti tra loro.

La richiesta di accudimento

Nei racconti degli operatori emerge come una quota consistente di ospiti abbia alle spalle anni di dipendenza. Sono persone invecchiate con la propria patologia e compromesse nel corpo e nella mente. Persone che hanno perso quasi definitivamente la capacità di prendersi cura di sé, di riuscire a immaginare una esistenza diversa da quella in cui sono ormai incastrate.

Lo stato d'animo in loro prevalente è il desiderio che qualcuno le accudisca, senza porre più troppe richieste di cambiamento. Uno stato d'animo che spesso pervade il clima in comunità perché l'età media degli ospiti si è alzata. E con l'età le problematiche di salute: neuropatie, epatiti, demenze...

Se devo pensare agli ospiti che abbiamo accolto nell'ultimo periodo, sono quasi tutte persone che non raggiungeranno mai l'autonomia, per le quali non intravedo grandi margini evolutivi. ⁽³⁾

Queste persone non hanno più l'attesa che la comunità le aiuti a cambiare la propria condizione esistenziale. Piuttosto chiedono di ricevere assistenza sociale (essere aiutate a ottenere la pensione di invalidità e l'accesso a una casa...) e sanitaria (essere messe in contatto con un medico di medicina generale, fare il monitoraggio delle malattie cronico-degenerative...). Un'attesa quindi più sociale che terapeutica.

Ho in mente un alcolista molto compromesso dal punto di vista della salute. Aveva avuto un congelamento agli arti per le notti passate al freddo. In comunità lo si è molto protetto. Per fortuna aveva una pensione e si è trovata una casa famiglia dove collocarlo.

2 | «Il duro percorso pre-selettivo all'accesso richiedeva di superare la prova della dissuefazione, il cui successo testimoniava la motivazione al trattamento e in un certo qual modo anche le capacità richieste per far fronte al programma interamente *drug free*, senza il supporto della farmacopea sostitutiva o psicofarmacologica» (Coletti M., Grosso L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipenden-*

ti, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011, pp. 117-118). Si veda anche l'articolo di Leopoldo Grosso nelle «Soste di discussione» di questo numero.

3 | Tutte le citazioni contenute nell'articolo sono tratte dai verbali degli incontri con gli operatori e i responsabili delle comunità terapeutiche e del SERD.

Queste persone – appartenenti a una fascia di età medio-alta (40-50-60enni) – sono spesso senza più legami familiari o affettivi. Prive di altri appigli, identificano nella comunità un punto di riferimento. Molte dalla comunità non se ne andrebbero mai, per loro è come una casa.

La casa famiglia sarebbe la soluzione ottimale, solo che ce ne sono poche, la lista di attesa è infinita ed entra chi può contribuire. Allora cerchi di tenere la persona al riparo, in modo che non peggiori la sua situazione sanitaria e legale. Ma in termini di percorso queste persone sono ferme.

Sentimenti di resa al presente

Vi sono persone che sembrano essersi un po' arrese. Non intravedendo un futuro possibile, tendono a deprimersi. Del resto, se anni fa era possibile «vivacchiare» in una società che qualche risorsa di inclusione pur la offriva, oggi *la crisi delle persone* si colloca *dentro la crisi della società*⁽⁴⁾, il che rende il lavoro clinico-riabilitativo più complicato. Fatalmente, se le chance di inserimento sociale e lavorativo si riducono, anche le motivazioni al cambiamento si attenuano. Oggi la crisi toglie il fiato alle vite fragili, rendendole ancora più avviate in un tempo senza prospettiva.

Anni fa c'era un accesso al lavoro che permetteva ad alcune traiettorie di evolvere. Oggi molte situazioni ricadono di fronte alla frustrazione del non lavoro o alla prospettiva di dover tornare in famiglia.

Se non si vede il dopo diventa anche più difficile togliersi dalle droghe. Perché quando smetti con le sostanze non hai più il problema della dipendenza, ma hai quello di affrontare la vita. E se la vita non ti offre nulla, una casa, un lavoro...

Rabbie e aggressività

Quando le porte del futuro si chiudono, affiorano rabbie e aggressività (accanto ai vissuti depressivi). La difficoltà di contenere impulsività e aggressività è una caratteristica oggi diffusa.

Ci sono pazienti che hanno una tendenza all'agito molto forte. E quando non gli va bene una cosa alzano la voce, tirano un calcio alla porta... Una modalità per gestirli sarebbe lavorare in rete con gli altri servizi del territorio: SERD, psichiatria, medicina. È capitato che pazienti aggressivi venissero inviati alla psichiatria, che però ha tempi lunghi per la consulenza. Allora sta a noi gestirli, il problema è che siamo in pochi e non è facile.

La crisi porta sempre più persone che prima riuscivano a vivacchiare a esplodere. Prima erano più contenute dai contesti sociali o lavorativi, oggi i servizi chiedono a noi di contenerle.

L'intolleranza delle frustrazioni

L'utenza oggi appare meno disposta di un tempo ad affiliarsi, a tollerare la frustrazione di limiti e norme, a stare dentro temporalità terapeutiche lunghe. Come scrivono Leopoldo Grosso e Maurizio Coletti:

4 | L'espressione è di Miguel Benasayag e *tristi* (Feltrinelli, Milano 2013). Gérard Schmit nel libro *L'epoca delle passioni*

È ampiamente diffusa tra gli operatori la percezione della grande difficoltà di molti nuovi ospiti delle comunità terapeutiche a stabilire relazioni significative, ad adattarsi al contesto di accoglienza, a rinunciare alle sostanze psicoattive e ai «sostitutivi», a tollerare le frustrazioni, a dare continuità alle prestazioni richieste, a definire e rimanere coerenti a una progettualità che pur procede per piccoli passi e micro-obiettivi, a gestire l'ambivalenza dei sentimenti e disattivare i meccanismi proiettivi più primitivi. ⁽⁵⁾

Per molti la permanenza in comunità si fa intermittente; frequenti sono gli ospiti che entrano ed escono dalle strutture residenziali.

Molti pazienti sono *revolving doors*, usano la comunità come sosta. Stanno qualche mese, tirano il fiato, fanno qualche analisi medica, poi tornano fuori. Quando sono fuori vanno al SERD a prendere il metadone. Hanno frequenti ricadute, abusano di alcol ed eroina. Sono persone che non riescono a lavorare, che stanno sempre in giro. In struttura non fanno chissà quali percorsi, alcune acquisiscono qualche competenza.

L'incapacità di reggere i legami

Si tratta di persone con biografie segnate da traumi e abbandoni. Si dimostrano incapaci di reggere la relazione, forse perché nella loro vita non hanno mai sperimentato una relazione buona.

Ci sono persone che provengono da famiglie disastrose, che hanno storie terribili fin dalla prima infanzia. Sono spaccati dentro, nessun lavoro li restaurerà più interiormente.

Penso ad Angelo, che sta 8 mesi in comunità, esce, rientra. Nel tempo lungo crea legami, nel legame ci sta bene, poi però va in tilt. Comincia a innamorarsi dell'operatrice, si sente tradito nei legami di amicizia, insomma non regge la vicinanza. La cerca, ma poi la distrugge. Questo perché non ha mai avuto esperienza di un legame buono. C'è un problema di attaccamento in fondo. E come Angelo altri.

Molte di queste persone «intermittenti» provengono da famiglie attraversate da disagio psichico, che si sono rivelate incapaci di offrire ai figli quel rifornimento affettivo che è la base per crescere.

All'inizio non lo capivamo questo, lo abbiamo capito col tempo. Abbiamo visto arrivare sempre più persone con problematiche psicotiche, oppure persone provenienti da famiglie psicotiche. Figuriamoci che accudimento può aver avuto un figlio di mamma psicotica! Ci sono figli di prostitute, ma anche figli di famiglie «normali», che però non hanno avuto relazioni evolutive con il bambino.

Ho in mente un bellissimo ragazzo, che quando si innamora diventa gelosissimo, comincia a distruggere tutto, anche la relazione. Ripercorrendo la sua biografia, scopri che la madre ha avuto diversi uomini, li portava in casa, lui era geloso. I primi anni aveva il cognome della mamma perché il padre era assente. Poi un giorno il padre ricompare, lo riconosce e lui prende il suo cognome. Ma poco dopo sparisce di nuovo e la madre torna a frequentare altri uomini. E lui a un certo punto non riesce più ad avere rapporti sessuali perché tutte le donne gli sembrano sua madre. Sono esperienze traumatiche e con queste persone la comunità vecchio stampo non funziona.

5 | Coletti M., Grosso L., *op. cit.*, p. 123.

Lo smarrimento del sé

Aumenta la presenza in comunità di persone con stati d'animo segnati dalla sofferenza psichica, che assume spesso connotazioni psichiatriche. Forse l'aumento delle componenti psichiatriche è anche legato al cambiamento delle sostanze e del loro modo di utilizzo.

La categoria delle persone con potenzialità si sta riducendo, anche tra quelle giovani. Perché? Perché un ventiquattrenne di oggi, a differenza di un ventiquattrenne di anni fa, usa più sostanze: cannabis, cocaina, ecstasy, per non dire della ketamina. Sul piano emotivo e cognitivo è più deteriorato, i livelli di ansia e di paranoia sono più alti di un tempo.

In alcuni il deterioramento cognitivo non è temporaneo, ma stabile. Non si capisce se la tossicodipendenza abbia generato oligofrenia o viceversa. Difficilmente si riesce a ottenere per loro un riconoscimento di invalidità perché non ce l'hanno piena. Sono persone che richiedono una lunga assistenza, che in alcuni periodi si fa più intensiva. Ma sono persone che non guariscono.

L'affacciarsi di questa utenza borderline, che fatica a tenere il percorso, incide profondamente nel modo di lavorare delle comunità. E comporta costi emotivi per gli operatori, spesso sottovalutati.

Mentre prima il lavoro educativo che si faceva in comunità era dare regole, aiutare a elaborarle, oggi tanta parte è nel costruire la relazione con noi, che diventiamo una stampella per una mancata esperienza di relazione sana. È tutto un litigio con queste persone.

Spesso non si considera a sufficienza il carico emotivo e pratico che comporta per gli operatori avere a che fare con questi pazienti che entrano feriti, denutriti, distrutti, devastati. E sempre peggiorati dal punto di vista emotivo e fisico.

La voglia di tenere lavoro e famiglia

Tra le persone non disponibili a percorsi lunghi, ci sono anche quanti cercano di tenere una faticosa compatibilità con una vita normale. Hanno lavoro e famiglia, equilibri fragili ma tutto sommato funzionanti. Non sono disposti a mollare tutto per fare un percorso lungo in comunità, ma chiedono comunque aiuto.

Da 6-7 mesi abbiamo una tipologia nuova che è legata al mantenimento del lavoro. Ci sono arrivate richieste da alcuni SERD per persone che non vogliono una interruzione lunga della propria vita in comunità e non sarebbero disponibili a una soluzione di questo tipo. Ma chiedono aiuto. Sono persone – attualmente ne abbiamo 6-7 – che pur facendo uso di sostanze hanno una certa autonomia. Hanno figli, moglie e un lavoro.

Con loro abbiamo introdotto il sistema di una aspettativa breve dal lavoro, di una mutua o di ferie, per poter fare il punto. Stanno qui 15-20 giorni. Con alcuni siamo in sgancio: tornano in famiglia ma continuano a venire a dormire qui. Chi torna a casa a dormire viene comunque qui per i farmaci, per i colloqui. Cerchiamo di tenere un filo dopo lo sgancio.

Per loro la comunità è una risorsa che nel breve offre supporto intensivo e successivamente costituisce un punto di riferimento. Quando arrivano in comunità si sentono liberati come da un peso.

Arrivano in comunità che hanno un sovraccarico emotivo. Qui possono sciogliere i lacci che fuori impedivano di esternare il problema. Qui si liberano dalla solitudine angosciata e si sentono in una condizione di libertà. I rapporti a casa migliorano: i genitori, le mogli capiscono che stanno prendendo in mano il problema. Si rinsalda anche il lavoro, dove cominciavano ad avere problemi, ad arrivare in ritardo, ad avere comportamenti non adeguati.

Per noi era un tabù tenere una persona in comunità per 15-20 giorni e poi dimetterla. Da qualche mese lo stiamo facendo. Nel tempo che stanno in comunità c'è la retta residenziale. Quando non dormono qua gli si deve costruire una camicia apposta, perché non esiste una normativa che regoli queste situazioni. La persona viene qua, fa le urine, fa i colloqui, prende i farmaci, partecipa a qualche gruppo. Ad esempio c'è il gruppo dei padri: un gruppo importante per lavorare sulla genitorialità.

L'attesa di emancipazione

In comunità terapeutica non mancano neanche oggi persone che fanno un percorso terapeutico e lo portano a termine. Persone con buone possibilità di autonomia, perlopiù giovani e con risorse psichiche, cognitive e familiari non compromesse. Nella comunità vedono il viatico per un reinserimento.

Nella nostra comunità la maggioranza degli ospiti fa un percorso terapeutico finalizzato alla remissione completa. Sono persone mediamente giovani, 26 anni, con buone risorse cognitive, buone capacità di collaborazione, buone risorse familiari, basso livello di problematiche legali. Abbiamo un programma di un anno, un anno e mezzo, molto pressante, in cui chiediamo il cambiamento dei vecchi schemi tossicomani.

La comunità come contenitore eterogeneo

Nelle comunità terapeutiche convivono dunque oggi persone con sentimenti, attese, motivazioni molto eterogenee. Una utenza variegata, non riconducibile a un profilo omogeneo, che introduce nelle strutture richieste spesso contrastanti. Questa varietà testimonia il fatto che si stanno facendo utilizzi diversi della comunità, spesso più agiti che pensati, con il rischio di renderla un contenitore indifferenziato.

L'eccesso di varietà rende infatti difficile perseguire in comunità una coerente progettualità terapeutico-educativa. Non solo, ma finisce per alimentare l'idea che la comunità sia una soluzione buona per ogni problema e dunque non ci si debba soffermare più di tanto – tra operatori del SERD e operatori delle comunità – a precisare cosa ci si aspetta inserendo un paziente in comunità.

Diventa dunque importante sforzarsi di rendere più visibile l'intenzionalità di cura sottesa ai diversi percorsi: quando si invia una persona perché la si invia? Per quali problemi e quali obiettivi? Sulla base di una rilettura dei diversi profili di chi oggi è ospite nelle comunità, si sono identificate *quattro tipologie di percorsi*.

Le «porte girevoli»

Una prima tipologia, come si è visto, è composta da persone con scarsa aderenza al trattamento. Entrano ed escono dalle strutture residenziali, come se ci fossero le cosiddette porte girevoli (*revolving doors*). Presentano una consistente difficoltà a rimanere all'interno di un programma lungo residenziale, che offra loro la possibilità di rielaborare la propria tossicodipendenza.

Sono persone segnate da ciclicità, impulsività e aggressività, con una elevata instabilità dell'identità. Hanno per la maggior parte disturbi borderline o antisociali. Se non adeguatamente monitorate da una équipe mettono in difficoltà il servizio. Richiedono molte energie ed è fondamentale che gli operatori non si trovino da soli a gestire queste situazioni. Costituiscono circa il 25% delle persone inviate dal SERD nelle strutture residenziali.

Quando gli operatori del SERD inviano in comunità questa tipologia di pazienti hanno in mente di proporre loro una sosta. Il percorso in comunità vuol essere una forma di contenimento psicosociale nella logica di ridurre i rischi e i danni della dipendenza. Per alcuni, quelli più motivati e dotati di maggiori risorse personali e ambientali, si auspica possa essere l'occasione per provare a riformulare il progetto terapeutico possibile.

L'inserimento in comunità è per una temporalità ridotta (2-4 mesi). Al termine spesso si è presi dall'impulso di ricercare una nuova comunità o un nuovo percorso. Sarebbe invece importante fare il punto, riformulare gli obiettivi possibili.

I «lungodegenti»

Nelle comunità risiede una quota significativa (circa il 30%) di persone che vi rimangono per tempi lunghi. Potremmo definirle *lungodegenti*. In comunità stanno bene, non se ne andrebbero mai. Spesso sono persone prive di altre appartenenze o, se le hanno, sono molto deboli. Per loro la comunità diventa come una famiglia. Presentano difficoltà di tipo abitativo, sono senza lavoro e spesso anche inoccupabili (prive cioè dei requisiti per ottenerlo). La famiglia, quando c'è, è a sua volta attraversata da fragilità, non in grado di ri-accogliere la persona.

Sono soggetti con poche risorse dal punto di vista psichico e cognitivo, a volte sul crinale della psicosi. Il dubbio è che l'inserimento in comunità possa essere improprio rispetto ai loro bisogni, che non sono tanto terapeutico-riabilitativi, quanto di accudimento.

L'obiettivo del servizio inviante in questi casi è principalmente offrire non tanto un percorso elaborativo della dipendenza quanto un luogo affettivo/relazionale, una sorta di accudimento temporaneo in vista di soluzioni più appropriate. A volte un antidoto alla solitudine.

Non sempre questa consapevolezza è presente negli operatori. A volte c'è l'illusione che un percorso terapeutico sia ancora possibile. Un'illusione che maschera il dolore di constatare che mancano nei territori alternative (case famiglia, forme di *co-housing*) rispetto alle problematiche abitative. La comunità diventa così un riparo, più che un trampolino.

I «prescritti»

In comunità vengono inviate persone (circa il 30% dell'utenza ospite) per le quali la motivazione alla cura è spesso estrinseca. Li si può definire «prescritti». È il caso di chi accede alla comunità in misura alternativa al carcere, dato che spesso ha commesso reati legati alla propria condizione tossicomana (ossia per procurarsi i soldi per le sostanze stupefacenti). L'obiettivo del servizio inviante in questi casi

è vigilare sul rispetto degli obiettivi prescritti e della tempistica concordata. Ci sono poi persone in doppia diagnosi con trattamento psicofarmacologico intensivo o provenienti dagli ex ospedali psichiatrici giudiziari. Per quanti soffrono di patologie psichiatriche insieme a problematiche di dipendenza, si tratta di monitorare l'assunzione della prescrizione farmacologica, sostenendo laddove possibile le possibilità evolutive che il percorso comunitario può ancora attivare nel soggetto (anche se spesso il trattamento psicofarmacologico rischia di attenuare, insieme ai sintomi, anche le risorse residue dei soggetti). In entrambi i casi il mandato è più di vigilanza che di sostegno all'evoluzione.

Gli «appropriati»

L'ultima tipologia è costituita dagli invii più appropriati. Sono persone con buone capacità elaborative e sufficienti risorse psicosociali e affettive. L'obiettivo del servizio inviante, per questa tipologia che ha le migliori chance evolutive, è la remissione protratta completa dall'uso di sostanze.

Il percorso di uscita dalla dipendenza è sostenuto dal menu di offerta delle comunità: colloqui psicoterapeutici, sostegno del gruppo, attività concrete che rinforzano la stima di sé e il senso di autoefficacia. L'obiettivo della remissione va di pari passo con il raggiungimento di un buon equilibrio personale e di un soddisfacente funzionamento familiare e sociale.

Si tratta di inserimenti che vanno comunque monitorati in itinere, perché altrimenti difficilmente i 18 mesi, comprensivi anche dei sei mesi della fase di reinserimento, vengono rispettati. Darsi una tempistica rappresenta un fattore responsabilizzante e migliorativo dell'efficacia terapeutica. Quando ciò non avviene, i tempi si allungano, gli obiettivi rischiano di smarrirsi.

In questa tipologia considerata appropriata per la comunità, rientrano i programmi madre/bambino. Anche in questi casi è importante assicurare il monitoraggio del percorso per non dilatare troppo il tempo in comunità e porre attenzione al dopo. Per irrobustire le capacità genitoriali, è utile costruire connessioni con i servizi del territorio, in particolare con la tutela minori e il consultorio.

Per queste persone il grande problema è, al termine del percorso in comunità, il reinserimento sociale e lavorativo.

**A cura di Roberto Camarlinghi e
Francesco d'Angella**

Come cambia la funzione delle comunità

Un cammino tra adattamenti e innovazioni

In comunità – come si è visto nel precedente articolo – troviamo tipologie differenti. Un mix di biografie di fronte al quale la comunità finisce per assumere funzioni diverse. Un mix che quindi costringe a ripensare la praticabilità degli strumenti tipici del lavoro in comunità: i gruppi, la psicoterapia, le sanzioni... L'impatto della nuova utenza sul funzionamento delle comunità è forte. Ed è interessante ascoltare dai racconti degli operatori come in questi anni si siano messi in atto adattamenti e innovazioni che di fatto hanno modificato e ampliato la proposta terapeutico-riabilitativa delle comunità.

Nell'immaginario collettivo le comunità terapeutiche hanno la delega ad accogliere soggetti «malati» per restituirli «risanati» dopo un congruo periodo di tempo. Una concezione miracolistica che – se ha trovato riscontri in passato – oggi è messa in crisi dai cambiamenti delle persone tossico e alcolodipendenti raccontati nel precedente articolo.

In questo articolo cercheremo di capire come l'arrivo di ospiti più compromessi a livello psicofisico stia cambiando la funzione delle comunità. Quali altre funzioni emergono accanto a quella di strumento per affrancarsi dalla dipendenza. E come le comunità stanno rispondendo al mix di attese e possibilità che oggi le persone portano, con quali adattamenti e/o innovazioni.

La funzione delle comunità ieri e oggi

Per cogliere come sta cambiando la funzione delle comunità, è utile ricordare qual è stata – e qual è tuttora – la sua funzione tradizionale.

Un dispositivo nato per affrancarsi dalla dipendenza

Storicamente la comunità nasce con finalità terapeutico-riabilitative. Il suo programma residenziale (18-24 mesi) è costruito per dare tempo e modo alla persona di elaborare la propria dipendenza e riappropriarsi

della propria vita: «Il principio terapeutico attivo della comunità risiedeva nella capacità dell'utente di scegliere e confermare la scelta della residenzialità giorno per giorno per circa due anni consecutivi... Nella motivazione messa a dura prova e nella tenuta della comunità consisteva la forte selettività del metodo, che si basava sulla rinuncia alla propria libertà e sull'ingaggio in un percorso di cambiamento che prevedeva molte frustrazioni e poche e dilazionate gratificazioni»⁽¹⁾.

Tradizionalmente la comunità terapeutica si è posta come strumento riabilitativo per persone motivate a reinserirsi nella società, da cui la condizione di dipendenza ha finito per estraniarle. Sono gli ospiti ritenuti «appropriati», un termine che fa riferimento a uno schema di intervento che prevede l'astinenza, l'elaborazione della dipendenza, la ripresa in mano del progetto di vita, l'inserimento sociale. Ma quanto questo schema corrisponde ancora alle attese e possibilità degli ospiti di oggi? Come si legge anche in letteratura, con il mutamento dell'utenza «il programma della comunità deve venire a patti con le molte esigenze e le minori risorse che caratterizzano i nuovi ospiti, di cui solo una limitata minoranza è in grado di tenere il passo della comunità terapeutica tradizionale»⁽²⁾.

Oggi sempre più un dispositivo multitasking

In comunità – come si è visto nel precedente articolo – troviamo tipologie molto diverse. Abbiamo sì pazienti che fanno un percorso terapeutico e lo portano a termine, come da schema classico: i cosiddetti appropriati. Ma sempre più ci si confronta con persone che non ce la fanno a stare dentro questo schema.

In comunità troviamo oggi persone discontinue nei percorsi, che entrano ed escono, migliorano e poi ricadono, la cui discontinuità è riflesso della loro instabilità psichica: i cosiddetti *revolving doors*. Quando la vita fuori si fa troppo pesante, quando la fatica diventa insostenibile, la comunità offre loro una tregua, una sosta⁽³⁾.

Ci sono momenti in cui la persona ha bisogno di tirare un po' il fiato, di uscire un attimo dal giro, di curarsi qualche ferita. La comunità serve a questo. La persona fa qualche analisi medica, recupera un po' di forze, magari qualcuna prova a riorientare la propria esistenza.

La sosta in comunità serve a ridurre i rischi sociali e sanitari connessi alla condizione di tossicodipendente, a evitare di scivolare nuovamente in circuiti penali. È come un salvagente, che argina derive e permette di restare ancora a galla.

Ci sono persone logorate da anni di dipendenza, rese invalide dalla loro storia, prive di altri legami e risorse. Stanno in comunità perché è l'unico luogo in cui ancora sentano un'appartenenza: i cosiddetti lungodegenti. Dimmetterli significherebbe abbandonarli; tanto che pare quasi esservi un patto implicito tra SERD e comunità: non si ridiscute il senso della residenzialità per queste persone perché si ha consapevolezza che un altro posto (una casa famiglia, una residenzialità protetta...) per loro non c'è.

1 | Coletti M., Grosso L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011, p. 121.
2 | *Ivi*.

3 | Tutte le citazioni contenute nell'articolo sono tratte dai verbali degli incontri con gli operatori e i responsabili delle comunità terapeutiche e del SERD.

Penso alle persone lungodegenti, quelle a cui diciamo «stai qui che almeno mangi, bevi e dormi». Con loro si tratta di fare un lavoro di tutela e salvaguardia. È evidente che l'obiettivo sarebbe traghettarle dal sistema sanitario ad appartamenti del Comune, magari in coabitazione, seguendole poi come assistenza domiciliare. Il problema è che oggi le risorse del welfare locale sono diminuite, così finisci per tenere le persone in comunità per molto tempo.

Sono persone che in comunità stanno bene e non se ne andrebbero mai. Non hanno altri riferimenti e per loro la comunità è una casa. Sono stanche dopo una vita vissuta i limiti delle umane possibilità di sopravvivenza. Nel tempo in cui sono qui le accompagniamo a visite mediche: hanno epatiti, cardiopatie... Si cerca di procurare loro la pensione di invalidità civile. Le si tiene impegnate con laboratori occupazionali di poche ore, retribuiti con un gettone mensile.

Ci sono persone con prescrizioni farmacologiche o giudiziarie, per le quali la dimensione prescrittiva richiama la debolezza di quella motivazionale: sono persone in misura alternativa alla pena oppure in doppia diagnosi. Con le prime si cerca di dare corpo alla volontà di fare davvero i conti con la dipendenza e non solo di evitare la detenzione. Con le seconde si monitora l'assunzione farmacologica, senza rinunciare a costruire piccoli obiettivi verso un'autonomia possibile.

La comunità è certamente da sempre un contenitore che svolge funzione di contenimento. Ma un conto è contenere per custodire, un altro contenere per elaborare. L'impressione è che oggi con alcune persone si faccia molta fatica a passare dall'uno all'altro.

Di fronte a questo «mix» la comunità terapeutica finisce per assumere valenze e significati molto diversi tra loro. Ma fino a che punto questo strumento può flettersi senza snaturarsi? Fino a che punto possiamo adattare le comunità ai diversi percorsi delle persone?

La necessità di ripensare gli strumenti

La trasformazione della comunità terapeutica in «dispositivo multitasking» mette oggi in discussione la possibilità di utilizzare alcuni strumenti/interventi tipici del lavoro in comunità. Ovvero rende il loro impiego non più scontato, ma da ripensare. È un'operazione, questa, meno semplice di quanto possa apparire, dato che – lo sappiamo – gli strumenti/interventi non sono mere tecnicità, ma veicolano visioni e concezioni del lavoro di cura cariche di elementi identitari (per uno psicologo – ad esempio – non è facile rinunciare al setting della psicoterapia tradizionale). Tant'è che spesso li si continua a reiterare in maniera routinaria senza rendersi conto che il contesto è cambiato, oppure non li si utilizza più ma conservando la nostalgia dei «bei tempi» in cui li si poteva usare.

Quando fare gruppo con gli ospiti?

Il primo strumento da ripensare è oggi il gruppo, perno dell'esperienza comunitaria. Il «mix» di storie personali e di possibilità evolutive (che si riscontra oggi in comunità) rende infatti critico a volte utilizzare il dispositivo grupppale. Esigenze individuali divergenti finiscono per prevalere sugli scopi collettivi, impedendo agli

ospiti di farsi gruppo e di percepirsi come tale. Non solo, ma quando in comunità sono compresenti storie troppo difficili il gruppo viene privato di ogni tensione ed emulazione in positivo nella direzione del cambiamento.

«Noi abbiamo ultimamente persone che non reggono la comunità perché non reggono la gruppaltà. La gruppaltà in questi casi è un limite, più che una risorsa.

Alcune persone preferiamo seguirle a domicilio perché non ce la farebbero a stare in una dimensione di convivenza allargata.

Occorre oggi allora chiedersi di volta in volta quanto il fare un'attività in gruppo possa essere una risorsa e che cosa voglia dire condurre gruppi di ospiti fortemente eterogenei o con componenti di problematicità pesanti.

Con chi utilizzare la psicoterapia?

Di fronte a ospiti con risorse interiori indebolite da lunghe storie di dipendenza, si riduce la possibilità di attivare un lavoro psicoterapeutico in profondità. La psicoterapia funziona se e quando la persona non è troppo compromessa e magari ha una età ancora giovane. Si addice invece meno a una utenza più invecchiata e con motivazioni e capacità di cambiamento più esigue.

«La psicoterapia richiede di avere risorse soggettive e motivazionali, per questo alcuni non la reggono: penso a quelli più emarginati, più malati, più aggressivi, più borderline...

La psicoterapia rimanda all'obiettivo di fare un lavoro elaborativo, di acquisire consapevolezza di sé. Ma ci sono ospiti con cui è già un traguardo riuscire a metterli al riparo per qualche tempo dal rischio di overdose.

A chi dunque oggi proporre la psicoterapia? Fino a quali livelli si può portarla? Come non sentirsi messi in discussione come professionisti dal non poterla fare? Domande anche queste per molti aspetti inedite.

Come somministrare gli psicofarmaci?

Un tempo nelle comunità non si prevedeva la somministrazione psicofarmacologica. Oggi invece è stata sdoganata e molte comunità la prevedono, come testimoniato anche in questo passo: «Lo sdoganamento dell'utilizzo degli psicofarmaci e anche del metadone è già avvenuto per molte strutture residenziali che non si pongono l'obiettivo drug free (centri crisi, comunità di orientamento, pronte accoglienze...). Inoltre anche molte comunità drug free utilizzano nella fase iniziale di permanenza i farmaci sostitutivi per il completamento della disassuefazione e per la stabilizzazione dell'umore»⁽⁴⁾.

«In comunità ci occupiamo anche delle problematiche psicopatologiche. Fino a qualche anno fa nessuna comunità assumeva il programma psicofarmacologico, oggi l'80%.

4 | Coletti M., Grosso L., *op. cit.*, p. 124.

Come utilizzare gli psicofarmaci all'interno di un programma riabilitativo che vede nella convivenza quotidiana lo strumento principale? Come bilanciarli dentro un percorso di consapevolezza e di acquisizione di autonomie?

Che valore dare a norme e sanzioni?

Con un'utenza meno in grado di reggere percorsi impegnativi, cambia il valore che si dà alle norme, nel cui rispetto si vedeva un valore educativo. Emblematico l'atteggiamento che si tende ad avere oggi verso le ricadute: non più di sanzione, ma di risignificazione. Una volta era uno scandalo quando l'utente ricadeva («Gli si facevano rifare due anni di comunità»); oggi la ricaduta è vista più come occasione per rifare il punto su di sé e sulle proprie difficoltà che non come fallimento o infrazione della regola.

È molto utile lavorare sulla ricaduta, le persone diventano anche meno ambivalenti. Non ti raccontano più una storia, ma sono più autentiche. E possono essere aiutate ad assumere il loro limite, a non dare più la colpa a qualcuno. Su questo può nascere anche una alleanza di lavoro.

Abbiamo utenti che speriamo abbiano una ricaduta! Perché all'apparenza sembrano molto adeguati, in realtà sono come congelati. Allora è meglio che cadano qui piuttosto che fuori. Mi viene in mente Giuseppe: aveva fatto un programma apparentemente splendido, i ragazzi lo ammiravano, ma noi avevamo la sensazione che in lui non si muovesse nulla e speravamo in una bevutina... Quando è uscito ha trovato lavoro, ma dopo due mesi è morto di overdose in appartamento.

Come utilizzare le norme avendo compresenti situazioni molto eterogenee? Come riconoscere le singolarità senza rompere il patto comunitario, ovvero come autorizzare a un ospite un certo comportamento senza inficiare il lavoro che si sta facendo con un altro (in comunità, si sa, gli ospiti sono molto sensibili sul fatto che ciò che vale per loro valga anche per gli altri)? Normare la diversità è molto complicato.

Fare gruppi con i familiari?

Le comunità terapeutiche hanno sempre previsto un lavoro con i familiari. Un lavoro basato su gruppi di auto mutuo aiuto, dove anche i parenti potessero fare un percorso di rielaborazione della propria esperienza. Oggi da più parti si sta mettendo in luce come il deterioramento nella tenuta psichica di molte famiglie renda critico costituire gruppi con loro.

All'inizio, anni '90, fino al 2002-2003 i gruppi con i familiari si facevano. Da una decina d'anni le famiglie sono latitanti o con problematiche psichiatriche. Mi viene in mente una madre di 60 anni sempre imbottita di psicofarmaci. Anche una volta c'erano madri così, ma c'era un padre che le conteneva o il gruppo. Quando ne hai 5-6 della stessa patologia, il gruppo non si può fare. Per questo preferiamo fare i colloqui.

In comunità lavoriamo con i familiari: una volta si facevano i gruppi, oggi facciamo i colloqui individuali perché sono famiglie più disturbate di un tempo che non puoi tenere in gruppo... Sono famiglie incapaci di prendersi cura di sé, addirittura alcune hanno l'amministratore di sostegno. Abbiamo sempre lavorato con il gruppo dei familiari, da tre anni non è più possibile.

Tra adattamenti e innovazioni

L'impatto della nuova utenza sulla vita delle comunità è dunque forte. Nei racconti degli operatori e dei responsabili delle strutture residenziali emerge come in questi anni, per rispondere ai nuovi e diversi profili di ospiti, si siano fatti adattamenti e messe in atto innovazioni che di fatto hanno modificato e ampliato la proposta terapeutico-riabilitativa delle comunità ⁽⁵⁾. Proviamo a sintetizzare i principali.

Percorsi sempre più cuciti su misura

C'è la consapevolezza che la comunità «come un tempo» non sia più proponibile. Ovvero la comunità come dispositivo fortemente regolamentato, che prevede la centralità del gruppo e la rigidità dei programmi, non è più applicabile tout court. Un impianto normativo mal si addice alla nuova utenza. Ciò comporta introdurre nei percorsi in comunità una maggiore contrattualità.

Un tempo il singolo si adattava al percorso in comunità, oggi molti programmi sono modulari e costruiti sulle necessità e capacità dei pazienti. Si tende molto di più a venire incontro alle esigenze individuali, si fa strada un modello sartoriale che nel linguaggio degli operatori viene definito «cucitura su misura».

Questo movimento – dalla comunità verso il suo ospite, e non viceversa – segna un cambiamento rispetto all'impostazione tradizionale, ma è ciò che sta rendendo possibile oggi a molte persone proseguire il percorso.

«Più che parlare di comunità, oggi preferiamo parlare di «servizio residenziale». Perché solo una parte di chi viene inserito può fare comunità in senso pieno. Altri magari accedono ai gruppi educativi, altri ai gruppi di supporto psicologico, altri è meglio che non partecipino a nessun gruppo. Questi stanno facendo comunità? No, stanno usufruendo di un servizio residenziale. Per questo dicevo che l'idea di essere una comunità in senso classico l'abbiamo superata. Offriamo servizi residenziali che si diversificano in relazione alle persone che accogliamo»

«Adesso la negoziazione è pane quotidiano, ed è questa la grande fatica. Ci sono i programmi personalizzati e non ci sono più i tempi definiti. Una volta i percorsi erano standardizzati, c'era uno schema prefissato, oggi bisogna trovare sempre nuove mediazioni. Il nostro lavoro sta passando molto attraverso la capacità di mediazione. D'altra parte, ci siamo detti, se la dipendenza si manifesta come un assoluto, questo lavoro di mediazione – ovvero questo costruire il progetto insieme alla persona – ha valenza terapeutica. È un lavoro di ricerca che stiamo facendo.»

Comunità differenziate per tipologie

Prendendo atto del mix di storie che oggi arrivano in comunità – ciascuna portatrice di livelli di sofferenza e prospettive di autonomia differenti – molte comunità stanno provando a selezionare gli accessi, rendendoli il più possibile omogenei, in modo da non dover organizzare la quotidianità avendo compresenti esigenze troppo diverse.

5 | Sperimentazioni frutto di una auto-organizzazione spesso poco condivisa con il SERD e le altre comunità, con il rischio di creare in alcuni

momenti sovrapposizioni e ridondanze nell'offerta. Diventa oggi importante socializzarle e renderle patrimonio comune.

Noi abbiamo differenziato le comunità in relazione alla prefigurazione dei percorsi. Così abbiamo destinato un tipo di comunità alle persone che intravediamo con maggiori potenzialità e motivazioni. Lì c'è uno staff più giovane, c'è il campo sportivo, sono dentro la città. Gli ospiti vengono ingaggiati in percorsi di sperimentazione di sé, di recupero di un'interiorità mediante arte-terapia, montagna-terapia e poi attività come coltivazione delle viti, della terra, laboratori di cucina...

Un'altra comunità si occupa di persone arrivate ormai a una certa soglia, dove ci può essere ancora spazio per un piccolo lavoro psicoterapeutico, non però basato sul sondare aspetti profondi. Lì non c'è lo psichiatra, la retta è inferiore. Si cerca di dare un senso al tempo di queste persone, ingaggiandole in qualche attività. Perché è vero che hanno bisogno di stare tranquille, ma non possono rimanere ferme e inattive durante il giorno, sarebbe distruttivo.

Per le persone in doppia diagnosi abbiamo due comunità dedicate, una maschile e una femminile.

Le comunità che intendono mantenere la loro vocazione terapeutico-riabilitativa si danno anch'esse criteri di selettività nell'accogliere le persone.

Noi siamo una comunità piccola, non abbiamo altre sedi dove spostare chi fa casino o continua a consumare mettendo in crisi gli equilibri del gruppo. Per questo diventa importante poter sempre decidere chi accogliere e chi no. Noi ci teniamo a essere una comunità orientata terapeuticamente: abbiamo un programma di un anno, un anno e mezzo molto pressante, in cui chiediamo alle persone il cambiamento dei vecchi schemi tossicomaniaci.

In genere gli utenti hanno una età media di 26 anni, buone risorse cognitive e familiari, basso livello di problematiche legali. Sosteniamo la loro motivazione strutturando un ambiente stimolante: settimanalmente ogni ospite ha psicoterapia individuale, grupppale, psicocorporea. Viene fatta una psicoterapia familiare in una fase del percorso. Yoga, tai-chee, shiatzu, meditazione sono attività condotte da psicologi, le utilizziamo come risorsa per lavorare sul corpo. Abbiamo infatti l'idea che la tossicodipendenza parta da un attacco al corpo, e tutto il materiale pre-verbale viene elaborato con il terapeuta.

Comunità aperte, non più chiuse

Oggi molte comunità tendono a essere comunità aperte, non più chiuse. Essere comunità aperta significa lavorare il meno possibile all'interno della propria «campana di vetro» e favorire il più possibile l'immersione (seppur protetta e accompagnata) degli ospiti nel mondo «là fuori».

Agli ospiti di molte comunità viene infatti proposta, subito dopo la prima fase di accoglienza (in cui si costruisce il progetto individualizzato), una progressiva e continua «messa alla prova» in cui possano verificare le capacità acquisite e l'autonomia conseguita. È una modalità che tiene conto del nuovo profilo di utenza che oggi arriva in comunità.

Mentre con una utenza di stampo nevrotico che aveva problemi col limite era utile fare esperienza di comunità chiusa, con l'utenza degli ultimi 10-15 anni questa fase in cui lavori sull'educativo, sul normativo, serve a poco. Invece, dopo che in pronta accoglienza la persona si è disintossicata, serve subito fare esperienze in modo da lavorare con la persona sui vissuti che vive fuori, non dentro. Perché dentro la comunità si lavora sulla fantasia che la persona ha di sé, proprio perché è un ambiente chiuso. Invece lavorare subito fuori permette alle persone di fare

esperienza di sé, di verificarsi. Tanti, per esempio, credono di poter lavorare, di essere autonomi. Allora li facciamo andare in una cooperativa protetta in modo che sperimentino le loro effettive capacità.

Con molti SERD abbiamo 18 mesi di programma. Prima, quando facevamo comunità chiusa, nel momento in cui passavano nella fase del reinserimento emergevano problematiche che nel periodo lungo della comunità chiusa erano rimaste sommerse. Così invece ci lavori subito. Ci siamo infatti resi conto che molti utenti mettono in atto in comunità un adattamento passivo: nella loro vita hanno imparato a sopravvivere adeguandosi alle situazioni, per cui in struttura ci presentano la parte adeguata, ma dentro di loro non è avvenuto alcun cambiamento. Allora l'unico modo per impedire questo adattamento è consentire che si sperimentino: se quando uno esce s'infilava subito in un bar, è bene affrontare con lui questo aspetto mentre è qui.

Comunità come punto di riferimento nel post comunità

Nei racconti degli operatori emerge come oggi la comunità si ponga come punto di riferimento anche nel post comunità, surrogando in qualche modo l'assenza di altre risorse sociali. Se una volta le tappe erano «SERD → comunità → inserimento lavorativo», oggi a causa della crisi è quasi svanita l'aspettativa di trovare lavoro fuori. La crisi riduce per tutti le possibilità occupazionali, figuriamoci per le persone con storie difficili.

Il grande ostacolo oggi è trovare un lavoro con cui sostenersi e un luogo affettivo in cui rientrare: spesso la famiglia non c'è o non li vuole più. Così, quando termina il tempo di residenza in comunità, la comunità resta un punto di riferimento. Per molte comunità questo tenere le porte aperte costituisce un cambiamento significativo.

Chi ha la possibilità, quando finisce la comunità, si ferma a vivere in zona. Il paziente – se ha qualche risorsa, magari un piccolo reddito oppure la pensione di invalidità – affitta un appartamento, noi gli diciamo «vieni qui a fare un colloquio una volta alla settimana, oppure veniamo noi a trovarti a casa». Il servizio domiciliare è attivo da alcuni anni, in questo caso il SERD paga una retta minore.

Mentre una volta l'invio in comunità era fatto per allontanare la persona dal suo contesto, oggi abbiamo visto che per alcune persone è più produttivo essere accolte nel proprio territorio. Perché quando escono sanno di trovare qui un punto di riferimento. Abbiamo costruito percorsi di accompagnamento territoriale di persone che sono state dimesse dal programma residenziale, ma fanno piccoli rientri in comunità per i pasti.

L'esigenza di sperimentare forme più flessibili

Oggi molte invenzioni e innovazioni risultano bloccate dal sistema dell'accredito. La reciproca rigidità vincola tutti e si cercano nelle pieghe del sistema i modi per venire incontro alle mutate esigenze dell'utenza. Magari si prende la strada di un progetto finanziato da una fondazione per sperimentare qualche percorso innovativo, oppure si costruiscono con il SERD degli accordi informali che permettano di flessibilizzare l'utilizzo delle risorse.

Oggi siamo legati alla retta e non possiamo più di tanto modulare. La rigidità dell'utilizzo della retta non ci consente di essere flessibili, è una questione economica. Per noi sarebbe importante superare con i SERD la dinamica che blocca l'apertura a servizi innovativi. I SERD temono di essere controllati e sorpresi a fare un uso non adeguato della retta.

Ci si rende conto che è tempo di sperimentare, perché rimanere incastrati nella logica dei «servizi accreditati» non solo ostacola l'innovazione, ma può anche essere uno spreco di risorse. Le comunità d'altra parte hanno oggi anche la preoccupazione per la propria sopravvivenza, perché la spending review porta a ridurre gli inserimenti nelle strutture residenziali. C'è timore ad aprire un ragionamento su come venire incontro alle nuove e differenziate esigenze dell'utenza perché non si ha fiducia che ciò generi nuove opportunità, nuovi percorsi, semmai ulteriori riduzioni e sottrazioni di risorse.

Metà dei posti nelle comunità sono usati per persone senza più grandi margini evolutivi. Questi pazienti assorbono risorse che potrebbero essere utilizzate meglio. Ma d'altra parte oggi se questi pazienti non avessero la comunità non avrebbero nulla.

Penso a chi ha una famiglia e un lavoro e non è disposto a rinunciarvi per fare un programma lungo in comunità. Ma in comunità verrebbe volentieri a mangiare o dormire quando si sente più vulnerabile. Questo tipo di utilizzo della comunità oggi non è previsto dal sistema dell'accredimento.

Oggi noi abbiamo sette rette piene su una struttura che prevede 14 posti. A metà anno spesso il budget che le ASL assegnano per gli invii in comunità è già terminato. È chiaro che se non c'è la garanzia di avere occupati quei tot posti che ci consentono la sostenibilità, diventa difficile aprirci a sperimentazioni.

Leopoldo Grosso

Indicazioni per la relazione di cura

Cosa implica fare l'operatore di comunità

La comunità è da sempre considerata una collettività che presta estrema attenzione alle relazioni tra i suoi membri. Tali relazioni sono una sorta di palestra per la crescita personale di ciascuno dei suoi residenti. E nella capacità di gestirle è custodito il principio trasformativo della comunità. La vita in comune 24 ore al giorno, l'evoluzione continua del clima e degli accadimenti in una dimensione collettiva non permette mai al gruppo degli operatori di assumere e mantenere una posizione statica, ma li sollecita a tenere i «sensi professionali» sempre in allerta. Per valorizzare risorse e sostenere speranza.

Cosa vuol dire lavorare in una comunità terapeutica per persone con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive? Quali attenzioni e quali indicazioni si possono trarre dall'esperienza accumulata in tutti questi anni? Di seguito una sorta di vademecum per gli operatori di comunità.

Saper ascoltare e osservare

Vivere insieme in tanti (il gruppo degli «ospiti» residenti più la presenza continua degli operatori, pur nella loro rotazione) comporta fatalmente cortocircuiti comunicativi. Per questo – al netto delle «proiezioni» di ciascuno, che costituiscono importante materia di lavoro – l'operatore deve porre molta cura nella chiarezza comunicativa e nella «pulizia» relazionale.

Per capire, farsi capire e capirsi, fungono da imprescindibile punto di partenza l'*ascolto* e l'*osservazione*.

L'ascolto specifico e quello spontaneo

L'ascolto in comunità è sia specifico, proprio degli incontri più riservati o degli incontri di gruppo, sia aspecifico e diffuso, in quanto si origina da incontri

* Nel percorso di riflessione una focalizzazione emersa, sulla quale non si è riusciti a soffermarsi a sufficienza, riguarda gli atteggiamenti emotivi e cognitivi che l'operatore deve assumere per costruire relazioni di cura efficaci. Si è perciò chiesto a Leopoldo Grosso un contributo in questa direzione.

spontanei, occasionali e imprevisi, in cui si raccoglie la necessità di una confidenza, un momento di sfogo, un'improvvisa apertura, L'ascolto strutturato, quello che si svolge nei colloqui, ha l'obiettivo di focalizzare parti della persona che sono oggetto di lavoro nel programma individualizzato e che sollecitano lo sforzo introspettivo. L'ascolto spontaneo, quello che si colloca nell'informale, nei tanti momenti di vita in comune, raccoglie «il qui e ora» delle reazioni emotive, oppure fruisce del «momento magico» in cui il sentirsi a proprio agio in una determinata situazione allenta le difese personali e apre al «non-detto». Si badi: il «magic moment» è casuale solo all'apparenza, per il momento e il contesto in cui avviene; in realtà è il risultato di un'onda lunga, costituita dal buon lavoro di relazione condotto e dal clima di sicurezza fornito dalla comunità.

L'osservazione al servizio della comprensione

Non si ascolta solo con le orecchie, ma anche con gli occhi. *L'osservazione* e la *capacità di osservare* sono, con alcune persone in particolare, ancora più importanti della parola, perché ne costituiscono un atto preliminare.

L'osservazione ha come «focus» i comportamenti: quello che le persone fanno, non fanno, e come lo fanno; chi cercano e chi evitano. Non si osserva per controllare: in comunità non ci sono postazioni pan-ottiche; l'osservazione è al servizio della comprensione e all'operatore viene richiesto, se ci riesce, di assumere lo sguardo dell'antropologo. L'osservazione è partecipante, senza il condizionamento di filtri interpretativi aprioristici.

La curiosità di conoscere e sapere deve riuscire a mettere in disparte la necessità che lo staff ha di gestire e intervenire. Tenere separati i momenti delle diverse funzioni e non cortocircuitarli, invertendo il «dopo» (l'ansia di intervenire) con il «prima» (la necessità di conoscere), significa aver fatto un lavoro sui propri condizionamenti, in modo che un'osservazione pregiudiziale non crei errate connessioni di pensiero. Sia l'ascolto che l'osservazione sono al servizio dello stimolo alla partecipazione e della facilitazione al coinvolgimento.

Saper valorizzare le risorse della persona

In comunità si lavora sui punti di forza della persona; quelli di debolezza sono già manifesti e spesso anche «certificati».

Partire dai desideri

Per lavorare con le risorse dell'utente occorre riuscire a identificarle. Raramente brillano di luce propria, offuscate da anni di dipendenza. A volte scarseggiano, più spesso sono usate malamente e hanno bisogno di essere ri-orientate.

È sempre utile partire dai desideri, dalle motivazioni che alimentano possibili progetti e dalla individuazione delle capacità di realizzarli. Non raramente, soprattutto tra gli *old users*, emerge l'esigenza di un orizzonte di «normalità». Tanto era stato intenso il desiderio di eccezionalità e di alterazione nella loro storia passata, tanto si rivela più vivo e urgente il bisogno di un ritorno alla normalità, pur nell'ambiva-

lenza tipica della persona dipendente, che consegna all'operatore la sua esigenza di cambiamento e contemporaneamente gli agisce contro la propria resistenza. Il bisogno di normalità che sopravviene si materializza nell'obiettivo di «un lavoro, una casa e possibilmente un affetto». È all'interno di quest'orizzonte che si finalizza l'attivazione delle risorse della persona: predisposizioni, abilità, mestieri consolidati, potenzialità, a volte anche talenti, più spesso capacità «residuali». Si apre un lavoro di valorizzazione che è altrettanto importante quanto l'ingaggio, più tradizionalmente terapeutico, sulle fragilità conclamate.

Creare contesti in cui le abilità emergano

Si tratta di individuare e spesso creare contesti in cui le abilità possano emergere ed essere riconosciute, cercando – quando è possibile – di farne la base per un'attività in qualche modo retribuita. Si comincia dai microprogetti, su cui innescare limitate esperienze di successo. Da parte dell'operatore si mette in campo un'opportunità di aiuto concreto affiancata dalla relazione di supporto.

Tra aiuto e relazione, come nell'intreccio delle stringhe di una scarpa, si ottiene un rinforzo reciproco. Se ci fosse il solo aiuto concreto, senza un appoggio e una guida relazionale, la risorsa materiale a disposizione rischierebbe di essere utilizzata male e dispersa. Viceversa, la sola relazione, se non si «appoggiasse» su esigenze e risposte pragmatiche, rischierebbe di cadere nel vuoto, senza riuscire a rispondere ai bisogni materiali e contingenti delle persone.

Definire la «soglia di frustrazione ottimale»

Gli obiettivi propri dei microprogetti «evolutivi», che si costruiscono con le persone, devono obbedire al criterio della sostenibilità: essere alla portata delle capacità valutate. Le frustrazioni necessarie per conseguirli vengono rese più tollerabili con l'accompagnamento e il sostegno dell'operatore. È importante riuscire a definire la «soglia di frustrazione ottimale»: individuare gli ostacoli di percorso da superare la cui asticella sia commisurata alle difficoltà della persona.

Quando il micro-progetto riesce, il successo comporta una doppia remunerazione: non solo il raggiungimento dell'obiettivo, il riconoscimento e la gratificazione che ne consegue, ma, soprattutto, l'interiorizzazione di una nuova consapevolezza e coscienza di sé. Con la determinazione ci si rende conto che alcuni obiettivi possono essere conseguiti: in questo modo si genera o incrementa il senso di autoefficacia.

Saper contenere le crisi

Contenere le crisi, gli agiti, le tante e diverse modalità con cui gli utenti reagiscono alle difficoltà e nello stesso tempo mettono alla prova l'operatore, costituisce una delle difficoltà maggiori per l'intera comunità.

Non eludere né reagire alle crisi

La crisi può assumere forme svariate: la forte contrapposizione a un membro dello staff, uno sfogo emotivo prorompente durante la partecipazione a un gruppo o

un'attività, un'aggressione a un altro residente, una chiusura in se stessi nell'alienazione dagli altri. Il compito «prestazionale» richiesto all'operatore consiste nell'attraversare la criticità e trasformarla in occasione terapeutica.

Le crisi, come il conflitto aperto dalle persone dipendenti, non possono essere né difensivamente evitate attraverso manovre elusive con cui ci si sottrae, ma neanche assunte con atteggiamenti di contrapposizione che porterebbero a una inevitabile escalation simmetrica in una contrapposizione prima sterile e poi controproducente, il cui esito non può che essere la fuoriuscita dal trattamento, con tutti i rischi ormai abbondantemente documentati insiti in tale «soluzione».

Attraversare il conflitto

Non resta che vivere il conflitto, senza esserne intimoriti e tenendo ben presente la necessità di disinnescarlo, conoscendo quali sono le trappole personali di ciascuno che possono invece alimentarlo. Se si percepisce dentro di sé un'aggressività che sale nel momento in cui si è scelti come bersaglio, essa va considerata una risorsa: ci dà la forza di non abdicare e, resistendo alle tentazioni di contrattaccare e vincere sul campo, riusciamo a trasformarla in assertività e fermezza, accompagnata da un atteggiamento di rispetto e considerazione, nonostante le modalità spiacevoli e «sconsiderate» di chi ha perso il controllo (si danno ovviamente per scontate le minimali misure di sicurezza e di protezione per l'operatore e per il servizio).

Solo attraversando la crisi e il conflitto si profila la possibilità di un passo avanti nel trattamento, con il saldarsi o rinsaldarsi di un'alleanza di lavoro che è riuscita a «scavallare» un momento tipico del percorso di cura e che costituisce, inevitabilmente, la «prova del fuoco» della tenuta relazionale reciproca tra operatore e utente.

Saper gestire la relazione

Nel complesso mix di elementi che concorrono a rendere efficace la cura della comunità terapeutica, la gestione della relazione assume una rilevanza strategica. Se nelle psicoterapie analitiche è progressivamente emerso (a partire dal dibattito aperto da Franz Alexander ⁽¹⁾ nel secondo dopoguerra del secolo scorso) come accanto alla funzione dell'«insight» assuma rilievo il significato della relazione tra chi è curato e chi si prende cura, per via della sua costanza, della sua modulazione nel tempo e delle sue modalità, ciò risulta altrettanto vero nel contesto della comunità terapeutica.

In comunità l'intensità delle relazioni investe l'intero periodo di vita che si trascorre con la permanenza in struttura (24 ore su 24 per mediamente 18 mesi consecutivi). Le relazioni di attaccamento che si sviluppano, nella loro riedizione in base alle matrici proprie di ciascuno, in un setting molto particolare come quello della comunità, se ben trattate possono modificare alcuni schemi disfunzionali e svolgere una funzione «affettiva correttiva». Come sottolinea Luigi Cancrini ⁽²⁾, in parti-

1 | Alexander F., *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi*, Sansoni, Firenze 1963

2 | Cancrini L., *L'oceano borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2006.

colare per i pazienti borderline e antisociali, che costituiscono un target sempre molto significativo per le situazioni di tossicodipendenza, il lungo trattamento di comunità, quando sia attrezzato per reggere la sfida alla relazione portata da alcuni disturbi di personalità, risulta il più idoneo e adeguato.

Saper lavorare col «gruppo»

Oggi il gruppo in comunità è meno protagonista del proprio percorso terapeutico rispetto a un tempo. Resta tuttavia il fatto che in comunità tutto è gruppaltà e il gruppo rimane uno dei più decisivi e fondamentali fattori educativi e terapeutici.

Da sempre un pilastro dei percorsi in comunità

Nelle comunità terapeutiche tradizionali, in particolare quelle che erano strutturate prevalentemente sull'auto aiuto gerarchico suddiviso per fasi di percorso, il *gruppo* – il grande gruppo degli utenti e di coloro che, finito il percorso o più avanti nel trattamento, si caricavano di maggiore responsabilità verso i nuovi compagni di viaggio – costituiva il vero «motore» della comunità.

All'inizio il condizionamento che il gruppo determinava sui singoli, il modellamento dei comportamenti esercitato dalla sua pressione, l'adeguamento alle sue regole per conseguire gli obiettivi riabilitativi, costituivano gli aspetti decisivi per determinare il cambiamento di chi era in grado di «reggere» la durezza del percorso. Contro il «nemico» della tossicodipendenza da sconfiggere dentro di sé, la «militarizzazione» del gruppo e le sue dinamiche ferree ne erano lo strumento principale.

Questo approccio grupppale si configura come molto diverso da quello che invece caratterizzava le iniziative con i pazienti psichiatrici ispirate da Maxwell Jones, in cui il «grande gruppo» di operatori e ospiti costituiva l'istanza partecipativa fondamentale nel coinvolgimento della discussione e nel processo di *decision making* in comune. La differenza fondamentale era costituita dall'approccio verso la regola: imperativa, preformata, a cui si era costretti ad adeguarsi nel primo modello; da ricercare e condividere insieme in un percorso di confronto e discussione, segno distintivo dello statuto democratico della vita in comunità nel secondo modello.

Gruppi più di un tempo da condurre

Con la ridefinizione delle comunità terapeutiche, conseguente alla presa in carico di un'utenza aggravata ⁽³⁾, si è cercata una via di mezzo tra i due approcci. L'inevitabile «demilitarizzazione» della comunità terapeutica (a cui ha anche significativamente contribuito l'applicazione degli Atti di intesa Stato-Regioni, definendone gli standard strutturali e professionali) ha comportato un ulteriore indebolimento del «codice fraterno» che costituiva l'anima della dinamica del gruppo, a sua volta motore della comunità.

Oggi le comunità e le strutture residenziali, «nel bene e nel male», conservano poco

3 | Per i cambiamenti dell'utenza, che hanno portato a ridefinire le funzioni della comunità terapeutica, si rimanda agli articoli precedenti.

del modello comportamentista delle origini. Quel riferimento principale sembra aver esaurito in buona parte il suo compito, sia per i motivi citati della progressiva «destrutturazione» dell'utenza sia per la crescente sostituzione degli operatori «esperti per esperienza» con le figure professionali, ma anche per l'aumentata consapevolezza dei rischi di deriva autoritaria che il modello dell'auto aiuto gerarchico recava con sé.

Oggi il gruppo in comunità è meno protagonista del proprio percorso terapeutico e molto più oggetto-soggetto di lavoro con il decisivo apporto degli operatori professionali. Il gruppo degli utenti non si configura più come la locomotiva del fare comunità, il protagonista centrale, ma è uno tra gli strumenti di lavoro di cui dispone la struttura terapeutica, importante ma non decisivo. Il gruppo non è più animato e percorso dalla sua funzione salvifica, ma è condotto dagli operatori che spesso ne devono ribadire il senso e sottolinearne l'utilità.

Il compito del lavoro «col» gruppo, pur partendo sempre dall'hic et nunc degli spunti offerti dalle situazioni di quotidianità, diventa molto più faticosamente rielaborativo, teso a produrre maggiore consapevolezza e maturazione. È molto meno un lavoro «del gruppo», ossia quel lavoro che rilevava senza sconti l'inadeguatezza dei comportamenti richiesti e ne chiedeva l'immediata correzione, nella dura logica selettiva del «dentro» o «fuori» e con l'applicazione del meccanismo regolativo premi-punizioni elevato ad alta esemplarità simbolica, sia per la persona più direttamente coinvolta che per l'intero gruppo.

Sostenere la speranza

Col venir meno della comunità tradizionale, si è assistito anche all'indebolimento di un altro fattore terapeutico che contribuiva a tenere alto e vivo l'obiettivo e l'ideale del cambiamento: la «spiritualità».

Il rischio che gli specialismi affievoliscano le dimensioni di senso

Pur nelle sue diverse espressioni la dimensione spirituale in molte comunità accompagnava e sosteneva l'intero percorso di «conversione», di recupero di un diverso stile di vita, orientato da valori antitetici a quelli sperimentati con la tossicodipendenza di strada. La «comunità terapeutica modificata» (l'espressione è di G. De Leon) ha comportato una maggiore laicizzazione della comunità: in parte per la prevalenza degli apporti professionali e degli statuti scientifici alla base della loro operatività, in parte per la diminuita carica simbolica attribuita al percorso e all'affievolirsi dei riferimenti etici che sostanziano un comportamento di fraternità.

Il concetto di spiritualità, come ricerca di un senso trascendente e come riferimento etico-ideale di regolazione delle scelte e dei comportamenti, è oggetto di dibattito scientifico. Soprattutto se lo si ritiene un possibile fattore terapeutico correlato al successo dei percorsi di cambiamento, le discipline più «dure» obiettano che sia di difficile osservazione e misurazione. Comunque la ricerca non è sorda nel tentare di valutare il ruolo della spiritualità (da non confondere con la sola religiosità, che è una delle possibili vie di accesso alla spiritualità), nella connessione col trattamento

delle dipendenze. Anche perché essa è stata presente fin dagli esordi, esplicitata dal modello di cura degli Alcolisti anonimi, allorché hanno insistito nel riconoscimento e nell'accettazione, anche come atto di umiltà, della propria malattia.

Investire in una formazione umana, non solo professionale

Il percorso di *recovery* (di ripresa di sé, di riappropriazione della propria vita) non richiede solo l'accettazione dei propri limiti e la necessità di scavare con onestà intellettuale dentro di sé, ma la capacità di trovare la spinta etica per il superamento delle difficoltà, per praticare un diverso stile di vita, nella scoperta di un nuovo senso e significato da attribuire alla propria esistenza.

In molte comunità, non solo di ispirazione religiosa ma anche laiche, è stata tenuta alta la dimensione evangelica e sono testimoniati i valori dell'accoglienza incondizionata, del non giudizio, del rispetto totale della persona. Altre comunità, seguendo altri orientamenti, hanno praticato la meditazione e indotto lo «spirito» di ricerca di un diverso rapporto con se stessi e con gli altri.

L'affievolirsi oggi di questa dimensione, l'indebolimento dei riferimenti regolativi esterni a sé, lascia ai singoli operatori, alla loro formazione umana oltretutto professionale, l'incarico e il «carico» personale di riuscire a trasmettere la speranza e la capacità di affrontare la vita con modalità fiduciose, e di aiutare a trovare un diverso senso di sé al di là della problematica della dipendenza. Il che richiede una forte consapevolezza, da parte dell'intera équipe di lavoro, di come commisurare tutta la tematica esistenziale alla dimensione «clinica» della comunità, in modo da non rischiare un eccesso di tecnicizzazione, col risultato di subordinare agli orientamenti e suggerimenti che emergono dal prevalente sapere medico-psichiatrico e psicologico alcune istanze che sono ad esso irriducibili.

Saper accompagnare nel tempo

La cura delle persone tossicodipendenti è un impegno di lungo periodo. Non è raro che un operatore invecchi insieme ai suoi utenti. Mediamente, in Europa ⁽⁴⁾, il trattamento di una persona dipendente implica un ingaggio di 12 anni: qualche anno per alcune persone, qualche decennio per altre, pur nell'andirivieni dei vari percorsi.

Una professionalità che si apre a una progressiva confidenzialità

La solidità del servizio deve riuscire pertanto a integrare le singole e diverse solidità degli operatori nella «tenuta» di una relazione di lunga durata. La capacità di relazione di un'équipe, che sappia porsi come punto di riferimento nel tempo, è espressione di una consapevolezza del valore della rapportualità nel trattamento, che a sua volta è frutto di una sedimentata cultura di servizio che alla relazione dedica un'attenzione anche organizzativa.

Nell'accompagnare le persone nelle loro vicissitudini terapeutiche ed esistenziali, l'esercizio della professionalità dell'operatore si apre a una progressiva confidenzia-

4 | EMCDDA, *Statistical Archive*, Lisbona.

lità all'interno di sentimenti di reciprocità maturati nel corso degli anni. L'amicizia che ne consegue, nel clima di relativa vicinanza che si determina, non condiziona negativamente le prestazioni tecnico-professionali, che si impregnano di un rapporto sempre più personale.

Sta all'esperienza dell'operatore non rischiare di deragliare verso una relazione che non può essere per definizione paritaria e sta alla sua capacità gestirne le insidie là dove saltano i paletti difensivi del contesto di cura tradizionale, che già di per sé non si rivela come il più idoneo nella cura delle persone tossicodipendenti.

Non aver paura di mettere in gioco la propria persona

Il vantaggio di una relazione personalizzata, intrisa di inevitabili risonanze affettive, che rimangono ben controllate all'interno dei confini ben chiari del setting mentale dell'operatore, è indubbio: un aggancio al servizio che si traduce in ritenzione nel trattamento e in maggiore compliance alla cura.

L'operatore scopre che, oltre ai propri strumenti professionali, sta mettendo in gioco la sua persona. Ha abbandonato le protezioni difensive ma allo stesso tempo tiene a bada i rischi delle tentazioni trasgressive. Le variabili in gioco diventano la personalità dell'operatore, la propria individuale interpretazione della deontologia professionale, le diverse sollecitazioni contestuali con cui si è confrontati. Non c'è più residuo di asetticità della relazione, né si è formata alcuna «callosità».

Le emozioni e i sentimenti degli operatori devono, pur liberati, trovare le nuove briglie in cui essere convogliati per essere utilizzati nella direzione più opportuna alla cura e al prendersi cura del paziente. Nel coinvolgimento dell'operatore ne viene sollecitata tutta la sua ambivalenza, che può rivelarsi speculare o complementare a quella della persona di cui continua a interessarsi, e che svolge la funzione di mantenerlo vivo e vitale nel rapporto. Essa costituisce una formidabile risorsa, pur rappresentando un alto potenziale di rischio, per sé e per il paziente.

Sostenere la qualità del «clima» di comunità

Il lavoro di relazione dell'operatore non si esaurisce nel rapporto con l'utente e i suoi familiari, che lo assorbono al 50% del suo ingaggio. Il restante 50% riguarda i rapporti coi propri colleghi di lavoro, la direzione della comunità, e l'associazione o l'ente di cui la comunità è parte.

Il clima terapeutico non è mai un fatto casuale

La «filosofia» della comunità, l'elaborazione dei programmi, l'attenzione agli strumenti con cui vengono realizzati gli interventi, il livello di individualizzazione dei trattamenti, la coerenza con cui si muovono gli operatori, singolarmente e nel loro complesso, sono tutti fattori fondamentali con cui si crea e si mantiene un «clima terapeutico» senza il quale anche gli sforzi migliori del più bravo degli operatori sarebbero destinati a naufragare.

Il clima terapeutico, tranquillo e fiducioso, in cui si mantiene viva la tensione verso gli obiettivi senza caricarla di indebita drammaticità, e in cui la prevalenza della

giocosità gioca un importante ruolo rasserenante, non è mai un fatto casuale. È la risultante di una consapevolezza e di un costante lavoro di «manutenzione» da parte degli operatori e della dirigenza, dell'investimento sulla formazione e aggiornamento dello staff, del lavoro di co-visione e supervisione che accompagna tutto il fare comunità.

Il buon clima dipende dall'appropriatezza dell'individualizzazione dei programmi, dall'attenzione all'organizzazione della quotidianità che incrocia in sapiente dosaggio attività ludiche e lavorative, dall'intreccio tra i momenti di riflessione sulle dinamiche di gruppo e quelli di introspezione personale, dal protagonismo esercitato dagli utenti nella valorizzazione delle loro potenzialità e dall'«umiltà» dell'interpretazione del ruolo dell'équipe, in grado di fare un passo indietro rispetto all'affermazione della propria funzione nel condurre la comunità.

Un indicatore del buon funzionamento di una struttura residenziale

Al contrario, un clima dominato dai conflitti e dalle tensioni permanenti, in cui viene continuamente rappresentata la pesantezza della posta in gioco in virtù della scelta compiuta, in cui si viene confrontati con un monitoraggio ossessivo rispetto all'adeguatezza dei comportamenti tenuti, in cui il tono prevalente della relazione è caratterizzato dal controllo, dal giudizio e dalla minaccia o dal ricorso alla sanzione, non può che generare una cultura della diffidenza e del sospetto.

Vengono così stimolati atteggiamenti difensivi o di simulazione, si incentivano le comunicazioni sotterranee, creando le condizioni perché si costituisca di fatto una contro-comunità che non fa che esasperare il conflitto, rendendo assai più complicata la gestione della struttura. Non diversamente, non contribuisce a creare un clima utile al lavoro terapeutico una modalità di conduzione in cui staff e ospiti si «siedano» su un patto implicito di «quieto vivere»: tutto è apparentemente sereno, gli episodi deprecabili non ricorrono con frequenza, non ci sono lamentele.

In questa situazione il rischio è che subentri, da parte degli operatori come degli utenti, un atteggiamento accondiscendente e lassista, poco richiedente, in cui entrambi si «parcheggiano» in comunità. Gli operatori si fanno meno carico del faticoso compito di aprire e sostenere il conflitto quando è necessario, gli utenti fanno attenzione a conservare le apparenze d'ordine e di quieto vivere. Il «clima», falsificato con queste modalità, nasconde e nutre conflitti destinati a esplodere come fulmini a ciel sereno, come il risultato di una mancanza di ingaggio nel lavoro terapeutico e di cambiamento che, al di là del suo esercizio rituale, è di fatto un involucro vuoto.

Al pari di quanto avviene in una classe di scuola, respirare un'atmosfera di serenità e di agio pur nell'impegno richiesto, evitare drammaticità e paura così come comodità e fannullaggine, fa la differenza nel creare le condizioni per lo sviluppo di una motivazione adeguata, nello stimolare il livello di ambizione e nel conseguire maggiori risultati. Il «clima» che si respira in comunità, anche se difficile da misurare, viene oggi generalmente considerato, proprio per il suo valore di sintesi, sia un importante indicatore del buon funzionamento di una struttura residenziale che uno dei principali fattori terapeutici.

A cura di **Roberto Camarlinghi e
Francesco d'Angella**

Cinque punti per co-progettare percorsi appropriati Le indicazioni emerse e le questioni che restano aperte

Giunti al termine del percorso fin qui tracciato, merita ricordare il punto d'avvio da cui esso ha preso le mosse: che era l'esigenza di capire come progettare percorsi appropriati nelle comunità. Evitando che – di fronte al mix di storie ed esigenze oggi presenti nelle comunità – queste divengano contenitori indifferenziati. Si tratta oggi, per i SERD che sono i soggetti invianti e per le comunità che sono i soggetti ospitanti, di concordare su alcuni punti fondamentali. Perché solo nel loro reciproco accordarsi SERD e comunità possono sperare di offrire alle persone opportunità di cura pertinenti ed efficaci.

Progettare percorsi appropriati in comunità (scongiurando il rischio di fare delle strutture residenziali dei contenitori indifferenziati di storie e percorsi) è oggi una priorità. Sia perché in un tempo di risorse limitate va calibrato il loro utilizzo (non sono rare oggi le liste di attesa per l'ingresso in comunità...), sia perché l'appropriatezza dei percorsi è la misura dell'efficacia del sistema della cura.

Progettare percorsi appropriati – nei racconti degli operatori – è sempre l'esito di co-proiezioni. Del resto la persona giunge in comunità attraverso l'invio del SERD di competenza territoriale. Ed è sempre il SERD a detenere la titolarità del percorso quando la persona è ospitata. Dunque non è mai uno dei due soggetti, da solo, a determinare l'appropriatezza, ma questa è sempre frutto di comunicazioni e cooperazioni tra operatori del servizio pubblico e operatori della comunità (oltre ovviamente con il paziente). Per questo si parla di «sistema della cura».

Si tratta allora oggi di ritrovare vicinanze smarrite negli ultimi anni, in cui le comunità hanno assunto una delega a gestire i percorsi mentre i SERD si sono concentrati sul lavoro ambulatoriale. Più concretamente, si tratta di riformulare accordi tra SERD e comunità sul lavoro da fare insieme a servizio della salute delle persone dipendenti. Nel percorso cui queste pagine fanno riferimento (realizzato nel Dipartimento per le dipendenze di Vicenza) si sono individuati *cinque*

punti su cui concordare. Costituiscono le premesse per un sistema della cura capace di co-progettare percorsi il più possibile appropriati.

Concordare la finalità dei percorsi in comunità

Un primo punto su cui concordare per costruire percorsi appropriati è *riconoscere che ci possono essere diverse finalità nei percorsi in comunità*. Come si è visto negli articoli precedenti, le comunità hanno nel tempo differenziato i propri programmi: non più solo finalizzati all'emancipazione da uno stato di dipendenza, ma volti anche ad offrire affiancamento e sostegno. Non per tutti gli ospiti è infatti ipotizzabile il «classico» percorso di remissione dall'uso; si tratta in tanti casi di offrire stabilizzazione arginando derive, di ricostruire fragili equilibri quando gli eventi della vita li distruggono, di offrire una tregua a chi si trova esposto alle durezze della vita. Anche questi oggi diventano percorsi appropriati, purché li si concordi.

L'appropriatezza di un percorso insomma non è data solo dalla piena riabilitazione, ma anche dal conseguire obiettivi più parziali, ma non per questo insignificanti. Dalla rilettura dei percorsi delle persone oggi in comunità, si possono identificare quattro grandi finalità: tregua; accompagnamento; emancipazione; contenimento della sofferenza psichica.

Tregua Ci sono situazioni che non riescono (nonostante i ripetuti tentativi) a fare definitivamente i conti con lo stato di dipendenza. Tuttavia chiedono aiuto e hanno bisogno di aiuto. Il loro comportamento di consumo persiste, anche se a volte incontra periodi di remissione o pare assumere minor peso. Molti fruiscono di trattamenti metadonici a mantenimento o di terapie psicofarmacologiche. La finalità delle comunità in questi casi è offrire una tregua nei momenti più duri: per tirare un po' il fiato, riprendere qualche forza e magari ri-orientarsi rispetto alla propria vita. Una funzione quindi che non è solo di mera riduzione del danno, perché non è da escludere a priori una ripartenza:

(In questi casi l'obiettivo è arrivare a una maggiore stabilizzazione, una migliorata «compatibilità», sviluppare una più consolidata aderenza alle cure, conseguire un equilibrio psicofisico che consenta di gestire una più adeguata qualità della vita, abbandonare comportamenti illegali connessi al mantenimento della dipendenza, evitare il risucchio nella vita marginale e di strada, non rischiare di dover rientrare in carcere. (...)

La funzione che le comunità assolvono è anche di controllo sociale. Contribuendo a rendere le persone più responsabili, per se stesse e per gli altri, tali strutture svolgono un ruolo non insignificante rispetto all'ordine pubblico e alla salute pubblica.

Un ruolo spesso non valutato a sufficienza, anche sotto il profilo del sostanziale risparmio economico complessivo di questo tipo di interventi. ⁽¹⁾

Accompagnamento La comunità offre ad alcune persone la possibilità di avere una accoglienza prolungata nel tempo. Sono persone prive di riferimenti materiali e

1 | Coletti M., Grosso L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011, p. 445.

affettivi e con risorse psichiche e cognitive deteriorate da decenni di vita di piazza. Spesso sono invecchiate insieme alla propria dipendenza e arrivano a un punto in cui subentra la stanchezza e si sente bisogno di un riparo. Il loro stato di salute risente di più di una patologia correlata. Alla comunità richiedono una prossimità esistenziale e affettiva che non saprebbero dove trovare altrimenti.

La finalità della comunità in questi casi è offrire un accompagnamento. Una funzione che connota in senso assistenziale, prim'ancora che riabilitativo, il percorso in comunità:

Le comunità «assistenziali» sono giocoforza aperte e in quanto tali esposte a molteplici rischi. Richiedono molta capacità di gestione agli operatori, a cui compete il mantener viva la spinta «evolutiva» verso una maggiore cura di sé e la gestione di una migliore qualità di vita, ma anche il saper intelligentemente mediare rispetto a stili di vita a cui molte persone non riescono e non intendono rinunciare. ⁽²⁾

Emancipazione La finalità *drug free* è quella che maggiormente corrisponde all'idea che storicamente si ha delle comunità, viste come fase specifica di un percorso che dalla dipendenza conduce all'emancipazione. Per quanto oggi meno perseguita, questa finalità della comunità non è affatto scomparsa:

La comunità terapeutica «classica», a percorso medio-lungo (18-24 mesi), con l'obiettivo dell'emancipazione dalla dipendenza, non è da rottamare. Con un'utenza pur numericamente più ridotta e dalle capacità personali ancora non gravemente compromesse, in presenza di una motivazione al tipo di trattamento proposto, con programmi esigenti e standardizzati, ma comunque attenti alla necessaria personalizzazione dell'intervento (e non solo nella fase di sgancio), la comunità terapeutica tradizionale può raccogliere una domanda che sarebbe riduttivo definire residuale. (...)

Appare particolarmente adatta per un'utenza prevalentemente giovane, sotto la trentina d'anni, non danneggiata da troppi anni di dipendenza o da un uso distruttivo delle sostanze, a cui un'estraneazione prolungata dai propri contesti usuali di appartenenza e di vita può consentire almeno due risultati concomitanti. Il primo consiste nella separazione precoce, netta e significativa dall'uso delle sostanze e dallo stile di vita collegato. Il secondo nell'elaborazione delle difficoltà e problematiche personali e relazionali intrecciate alla dipendenza. ⁽³⁾

Contenimento della sofferenza Nel corso degli ultimi vent'anni, sia gli studi condotti sulle persone dipendenti da sostanze psicoattive illegali (eroina e cocaina in primo luogo) sia l'esperienza degli operatori dei servizi per le dipendenze e delle comunità terapeutiche riconoscono la presenza di persone con comorbilità psichiatrica.

Chi presenta patologie psichiatriche si concentra perlopiù nell'area dei cosiddetti «disturbi di personalità», in particolare antisociali, *borderline* e narcisistici. In questi casi la finalità del percorso in comunità sembra essere clinica, più che educativo-riabilitativa:

2 | *Ibidem*, p. 446.

3 | *Ibidem*, pp. 446-447.

Le comunità per doppia diagnosi si caratterizzano in virtù di una forte impronta terapeutica in senso clinico. Non si sottovaluta l'importante apporto degli aspetti pedagogici fornito dall'assetto delle comunità, tuttavia (...) il più marcato individualismo dei pazienti psichiatrici rende più spuntato lo strumento del gruppo come fattore di identificazione, di emulazione e di imitazione (...)

Anche l'uso più massiccio e intensivo degli psicofarmaci gioca la sua parte (...) La presenza del sostegno della chimica è ben percepita nella vita di comunità: ne scandisce orari e ritmi, condiziona e talvolta limita le prestazioni, interferisce nella relazione con gli operatori.

Nella comunità per doppia diagnosi prevale il codice materno, non solo su quello fraterno, ma anche sul codice paterno, per quanto si cerchi di sostenere di continuo la necessità del rispetto delle regole, l'assunzione delle proprie responsabilità, la capacità di iniziativa autonoma. Prevale, su induzione dello specifico dell'utenza, un atteggiamento di maternage negli operatori, che si traduce in una forte riduzione delle distanze relazionali, in un'augmentata disponibilità al sostegno e all'accudimento, nell'uso prevalente, tra gli strumenti a disposizione, del colloquio individuale. ⁽⁴⁾

Concordare quali abilità attivare/sostenere

Per perseguire la finalità assegnata al percorso in comunità, è importante *concordare quali abilità si intendono sviluppare*. Se non ci si mette d'accordo (tra SERD, comunità, paziente) su cosa si andrà a lavorare (quale sarà l'oggetto di lavoro), ognuno perseguirà obiettivi diversi e attribuirà valore a fatti diversi. La cronicità è – più di quanto si pensi – frutto di mancate comunicazioni, co-visioni, integrazioni.

Riferirsi alle abilità come obiettivo dell'invio sottolinea da un lato la valenza pedagogico-educativa delle comunità, il cui intento è aiutare gli ospiti a rafforzare quelle abilità che consentiranno loro di affrontare le difficoltà della vita; dall'altro richiama una volta di più che nel tempo della comunità le relazioni di aiuto/cura non devono centrarsi tanto sulle mancanze quanto sulle possibilità delle persone. Tematizzare le abilità è un modo insomma per valorizzare il lavoro di pedagogia sociale delle comunità, che si affianca al lavoro di carattere più strettamente clinico: dimensioni che non si escludono vicendevolmente, anzi si compenetrano. Nei racconti degli operatori sono emerse in particolare quattro abilità.

Le abilità sociali Sono le abilità (es. ascoltare, rispettare il turno di parola, chiedere scusa, esprimere gratitudine...) che consentono di vivere bene con gli altri, di costruire legami costruttivi. La comunità si presta bene a promuoverle e incoraggiarle; sappiamo infatti come essa metta alla prova le persone sul piano della capacità di interagire con gli altri; come il contesto della vita in comune (intervallato dai colloqui individuali con gli educatori e i terapeuti) solleciti a ripensare le modalità con cui si gestiscono i rapporti interpersonali, si intrecciano i legami, si esprimono le emozioni e i sentimenti.

Le abilità di cura e autocura Sono le abilità che permettono di ritrovare una misura nel rapporto con le cose e con se stessi. La tossicodipendenza comporta spesso la

4 | *Ibidem*, pp. 247-248.

perdita di controllo sulla propria vita, che ruota intorno alla sostanza e ai modi per procurarsela. La giornata non è più scandita da orari e impegni, si altera il ritmo sonno-veglia, subentra una noncuranza di sé. In comunità – grazie ai tempi scanditi, alle regole di cura dello spazio (riordinare la stanza, alternarsi nel cucinare per tutti, stabilire i turni di pulizie...), al ventaglio di attività (gruppi motivazionali, attività psico-corporee, colloqui di sostegno...), non solo si rimodellano nuove abitudini di vita, ma si è sollecitati a prendersi cura di sé e del proprio corpo.

Le abilità occupazionali Sono le abilità che mettono in grado di svolgere un compito. Spesso chi proviene da storie di dipendenza ha esperienze lavorative discontinue o nulle e di rado si è sperimentato o ha retto dentro contesti organizzativi in cui si è chiamati a produrre. La funzione educativa della comunità consiste nel far sì che le persone apprendano a responsabilizzarsi rispetto a un compito, a rispettare gli orari, ad acquisire qualche capacità lavorativa, in vista anche di un possibile reinserimento lavorativo. Queste abilità in comunità vengono sviluppate attraverso l'offerta di laboratori artigianali e creativi e percorsi formativi o professionalizzanti.

Le abilità progettuali Sono le abilità che permettono di immaginare un futuro. Quando una persona entra in comunità ha un'immagine di sé venata da sentimenti di sconfitta e fallimento; l'ingresso certifica l'incapacità di venirne fuori con le proprie forze. Ma d'altra parte proprio l'umiltà di chiedere aiuto può costituire il primo passo per ri-progettare la propria vita. Le abilità progettuali hanno a che fare con la dimensione dei desideri, ma desideri – questa volta – che non neghino il limite, ma sappiano commisurarsi con le risorse proprie e del contesto. In comunità le abilità progettuali si sviluppano nel circuito virtuoso del «fare ed elaborare»: fare attività e rielaborarle in colloqui individuali o gruppi di consapevolezza che fanno da specchio ai propri limiti e miglioramenti.

Concordare strumenti di co-progettazione

Per co-progettare (tra SERD, comunità e pazienti) i percorsi delle persone è importante *dotarsi di schede*. Le schede non sono da considerare come noioso adempimento burocratico, ma come la condizione per tenere viva l'attenzione sui percorsi delle persone e imprimere dinamicità al loro stare in comunità.

È importante compilarle insieme – tra soggetto inviante (SERD), soggetto ricevente (comunità) e (dove occorre) soggetto ospite – perché questa è la via per: fare memoria dei percorsi, mettendo in comune conoscenze altrimenti disperse e frammentate; elaborare un progetto di cura condiviso, facendo una co-valutazione realistica delle risorse che le persone sono in grado di sviluppare in termini di autonomia personale; monitorarlo strada facendo prefigurando le tappe successive.

Nel percorso di ricerca si sono costruite e condivise quattro schede (riportate nelle pagine seguenti):

- *scheda di segnalazione del caso alla comunità*: viene compilata dall'équipe inviante con la finalità di fornire alla comunità una base sintetica di informazioni indispen-

sabili per fare una presa in carico adeguata e per evitare che si creino situazioni di difficile gestione (magari per *craving* emergente inatteso);

- *scheda sugli obiettivi dell'inserimento*: ha la finalità di chiarire alla comunità quali sono, a parere del SERD, gli obiettivi almeno iniziali del percorso; potrebbe trattarsi di obiettivi solo parzialmente esplicitabili alla persona, per questo la scheda in questa fase rimane interna tra operatori e non firmata dall'utente;

- *scheda sul progetto terapeutico-riabilitativo*: ha la finalità di aiutare tutti i soggetti coinvolti, ma in particolare l'utente, a chiarire cosa ci si propone di fare durante il percorso che viene concordato in modo formalizzato insieme. Si esplicita che su quanto accade ci saranno verifiche periodiche. Gli obiettivi qui vanno espressi in una forma che sia comprensibile e accettabile anche per l'utente (che firma);

- *scheda di valutazione in itinere*: ha la finalità di aiutare tutto il sistema (servizi, utente, famiglia dell'utente) a fare il punto della situazione in modo costante e esplicito, a definire nuovi e diversi obiettivi se quelli iniziali sono stati raggiunti o si rivelano irraggiungibili o inadeguati, a chiudere il percorso se ci si rende conto che non si riesce a dargli un significato condiviso.

Scheda di segnalazione del caso alla comunità

Struttura di destinazione

DATI SOCIO-ANAGRAFICI

Cognome e nome:

Data di nascita:

Residenza:

Telefono:

Familiari/amici significativi per la presa in carico (brevi note familiari):

Amministratore di sostegno: sì no pratica in corso

Occupazione attuale: lavoro prevalente:

Altri servizi coinvolti:

Situazione giuridica riferita:

NOTIZIE CLINICHE

Tratti diagnostici e/o tratti di personalità (rilevanti oltre la dipendenza) utili per la presa in carico:

Disturbi psichiatrici:

Patologie particolari che necessitano di attenzione:

Trattamento farmacologico in atto:

Sostanze di intossicazione nell'ultimo mese / quantità riferita*

<input type="checkbox"/> eroina	.....
<input type="checkbox"/> cocaina	.....
<input type="checkbox"/> cannabinoidi	.....
<input type="checkbox"/> sostanze di sintesi	.....
<input type="checkbox"/> alcol	.....
<input type="checkbox"/> psicofarmaci di abuso	.....
<input type="checkbox"/> allucinogeni	.....
<input type="checkbox"/> inalanti	.....
<input type="checkbox"/> metadone	.....
<input type="checkbox"/> altro	.....

*sensazione di attendibilità riguardo al riferito sì no

Problematiche assistenziali sociali o sanitarie:

Pregressi tentativi di riabilitazione (in particolare residenziali, contenitivi):

Esiti/elementi significativi emersi nei percorsi precedenti:

Altri elementi utili per la presa in carico:

Data

Firma dei compilatori

Scheda sugli obiettivi dell'inserimento

- a) Interruzione uso sostanze e valutazione diagnostica (nei casi in cui la persona è intossicata e ancora poco conosciuta)
- b) Interruzione uso sostanze e condivisione di un programma terapeutico (nel caso in cui la persona è intossicata, chiede aiuto ma non è mai abbastanza lucida per poter condividere una ipotesi di percorso)
- c) Percorso psicoterapeutico di elaborazione di temi critici già individuati (da citare: es. abuso subito, lutto non elaborato, codipendenza, problemi identità sessuale...)
- d) Acquisizione/miglioramento di abilità sociali (specificare almeno quelle relative ai deficit più evidenti: capacità di comunicare i propri bisogni in modo comprensibile, capacità di tollerare una frustrazione, capacità di controllare gli impulsi, capacità di portare a termine un impegno assunto, capacità di avere cura della propria pulizia personale, della propria salute, ecc.
- e) Progettazione e sostegno a un percorso di reinserimento (reperire un lavoro e una casa, gestione del tempo libero e ripresa contatti/costruzione di una rete relazionale extra comunità terapeutica)
- f) Sostegno per carente autonomia personale nelle aree: (qui si presuppone che la persona abbia limitate capacità di evolvere in aree in cui ha bisogno di stimolo/controllo/monitoraggio frequente)
- g) Pausa «salvavita» (persona che non riesce/non intende cessare il consumo ma chiede/accetta un periodo in un contesto protetto a salvaguardia dell'incolumità fisica)
- h) Altro.....

Firma dell'équipe inviante.....

Scheda sul progetto terapeutico-riabilitativo

In data si propone al/la sig/ra
 un progetto terapeutico-riabilitativo presso la struttura
 per un tempo previsto di.....

definendo i seguenti obiettivi:

e le seguenti azioni per raggiungere gli obiettivi (*)

	<p>STRUMENTI STRUTTURATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colloqui individuali <input type="checkbox"/> Sostegno psicologico <input type="checkbox"/> Valutazione psichiatrica <input type="checkbox"/> Gruppo terapeutico/educativo <input type="checkbox"/> Gruppo sostegno genitorialità <input type="checkbox"/> Gruppo alcol <input type="checkbox"/> Riunioni gestionali <input type="checkbox"/> Incontri con i familiari <input type="checkbox"/> Gruppo familiari <input type="checkbox"/> Laboratorio occupazionale <input type="checkbox"/> Tirocinio lavorativo <input type="checkbox"/> Supporto ricerca lavoro <input type="checkbox"/> Gestione risorse economiche <input type="checkbox"/> Gestione tempo libero
--	---

(*) è utile specificare per ogni obiettivo quali azioni concrete concordiamo di fare per raggiungerlo e chi si incarica di fare che cosa.

La data per la prima verifica viene fissata per il.....

Firma del paziente

Firma degli operatori coinvolti

Scheda di valutazione in itinere

VERBALE DI VERIFICA

Data:

Nome e cognome:

Servizio terapeutico:

Regime retta attuale:

Operatori presenti:

Verifica esiti (rivedere gli obiettivi e annotare cosa si è raggiunto):

Criticità:

Altre osservazioni utili:

Proroga/modifica percorso/modifica obiettivi e azioni (chi fa cosa);
segnare anche eventuali dimissioni previste:

Regime retta previsto a seguito della verifica (allegare eventuali altre schede di accordo):

Firme di tutti i presenti
.....

Luogo e data prossima verifica:
.....

Concordare una organizzazione che presidi la circolarità delle informazioni

Per progettare percorsi appropriati occorre *dotarsi di una organizzazione che sia capace di presidiare la circolarità delle informazioni e delle conoscenze e di definire livelli di responsabilità condivisi*. Avendo comunque sempre presente che la responsabilità progettuale appartiene al SERD, mentre alle comunità compete la responsabilità sull'attuazione dei trattamenti. Il paziente rimane cioè un paziente in carico al SERD anche quando si trova in comunità.

Esplicitare la responsabilità progettuale del SERD è cruciale per non trasformare la comunità in una risposta onnicomprensiva ai bisogni dinamici ed evolutivi della persona. E soprattutto per richiamare l'importanza che, nei percorsi spesso discontinui delle persone, vi sia sempre qualcuno che tenga il filo, che faccia memoria delle cose avvenute e realizzate, che si assuma il compito di prefigurare e preparare il dopo.

Concordare una organizzazione che favorisca lo scambio delle conoscenze significa allora superare compartimentazioni tra servizi pubblici e comunità terapeutiche, evitare di dare o assumere deleghe, ritrovare prossimità tra operatori dei SERD e delle comunità per essere più prossimi alle storie delle persone. Molte criticità nei percorsi in comunità nascono da criticità di rapporti inter-organizzativi (tra SERD e strutture residenziali), da incomprensioni che non trovano mai il modo per chiarirsi, da impliciti che generano cortocircuiti comunicativi ⁽⁵⁾.

Solo se vi è convergenza di vedute tra servizio inviante e servizio ricevente si può sperare di offrire alle persone opportunità di cura congruenti con le loro attese e le loro risorse. In tal senso è certamente utile potenziare sia la co-progettazione

5 | «Una volta – è stato detto dagli operatori delle comunità – le assistenti sociali dei vari SERD di riferimento delle persone giravano per le comunità, venivano a trovare gli ospiti. Oggi

hanno il problema che non hanno più l'auto di servizio a disposizione, per via dei tagli di risorse, o non hanno più il tempo perché sono sovraccariche».

che il monitoraggio dei percorsi, costituendo équipe miste in cui siano presenti gli operatori di riferimento della persona.

Si tratta inoltre di creare occasioni di confronto, seminari di studio, momenti formativi comuni. In questi anni, emerge dai racconti, vi sono stati rari momenti di condivisione sulla lettura delle trasformazioni avvenute nel campo delle dipendenze. Queste occasioni vanno ritrovate per sentirsi «sistema delle dipendenze». Certo i carichi di lavoro fanno sì che sia facile venire risucchiati dentro la spirale di un quotidiano che consuma energie e restringe spazi di interlocuzione. Ma solo il pensiero e il confronto possono ridare spessore e prospettiva all'agire dei servizi.

Concordare l'utilizzo della Pronta accoglienza

Un ultimo punto su cui *concordare* è la *modalità di utilizzo della Pronta accoglienza*. La scelta di discutere questo tipo di comunità parte dal rilevare come, specie in queste strutture, si siano attivati negli anni inserimenti scarsamente differenziati. Storicamente le Pronte accoglienze sono nate come servizi residenziali dipartimentali (a servizio quindi di tutte le comunità) per consentire di conoscere meglio il paziente, tramite una osservazione protratta nel periodo della residenzialità (due, tre mesi). L'obiettivo era dunque quello di specificare una diagnosi, ma anche di verificare ed eventualmente costruire la motivazione all'ingresso in comunità.

Sempre più nel tempo le Pronte accoglienze si sono assimilate ai Centri crisi, ossia sono diventate come dei «pronto soccorso sociali», caratterizzate dalla prevalenza di bisogni urgenti e dall'obiettivo di ridurre i danni sociali e sanitari correlati alla condizione di dipendenza. Hanno assunto quindi valenze non più solo finalizzate a formulare una diagnosi e a osservare le possibilità evolutive. Il percorso in Pronta accoglienza, protraendosi oltre i due-tre mesi previsti, è diventato tempo di tregua per quanti si trovano in uno stato di emarginazione intollerabile.

È importante oggi definire cosa ci si aspetta da queste strutture a livello dipartimentale. Nel percorso si è condivisa l'ipotesi di ri-assegnare loro la funzione originaria: ovvero di osservazione e diagnosi per definire gli obiettivi terapeutico-riabilitativi possibili. Convergenza sull'idea che, al termine del periodo (due-tre mesi), si dovrà decidere, in accordo con gli operatori del SERD, quale struttura residenziale all'interno del Dipartimento sia da ritenere più idonea al perseguimento degli obiettivi riabilitativi e terapeutici individuati.

Per quanto riguarda la necessità di dare una risposta assistenziale-sociale urgente occorrerà rivolgersi alle strutture presenti nel sistema dell'ospitalità vicentina (senza dimenticare che tutte le comunità si sono attrezzate in questi anni per l'accoglienza di persone anche in condizioni difficili).

Per una circolarità nel processo di cura

Nel percorso di riflessione si è constatato come in tutti questi anni la comunità terapeutica abbia saputo adattarsi ai mutamenti degli ospiti, rinnovando i programmi e i trattamenti. Oggi il grande rischio da evitare è chiudersi dentro i propri confini, accettando la delega totale a prendersi cura delle persone con problematiche di

dipendenza. Un rischio che corrono gli stessi SERD quando nei territori restano gli unici servizi a tutelare i diritti delle persone tossico e alcoldipendenti.

Collocare la cura delle persone dipendenti dentro il sistema di welfare territoriale

Mai come in questa fase storica è vitale collocare la cura delle persone dipendenti dentro un più ampio *network* di servizi e opportunità. Ossia farne una questione che riguarda le politiche di welfare locale e non solo i singoli servizi – SERD e comunità appunto – chiamati per statuto a occuparsene.

In modo particolare si tratta di dare vita a un «processo circolare di cura», capace di accompagnare le persone nei loro discontinui tragitti esistenziali e di supportarle nei loro precari equilibri di salute. In questo modo il mix di storie non sarà più solo un problema gestito da operatori dei SERD e delle comunità, ma da co-gestire a livello del più ampio sistema di welfare territoriale.

Il processo circolare di cura è fatto da una serie di interventi che possono precedere, seguire o accompagnare il percorso che la persona fa in comunità. Interventi messi in campo da più attori del welfare locale: servizi socio-assistenziali, servizi di salute mentale, medici di medicina generale, agenzie di edilizia pubblica, centri per l'impiego, servizi della medicina specialistica... Sempre meno infatti, nella cura delle persone dipendenti, c'è un prima e un dopo e sempre più ci sono servizi diversi che intervengono in relazione al momento in cui si trova la persona.

Rappresentandosi una circolarità nel processo di cura, si riesce ad accompagnare le persone dipendenti a luoghi di cura diversi e a prese in carico diverse in relazione alle loro necessità. Evitando, ad esempio, che sia il singolo SERD o la singola comunità a farsi carico del post comunità o della cura delle malattie cronico-degenerative.

Due grandi questioni oggi da affrontare

Nel percorso di riflessione ci si è soffermati a capire come costruire il network in relazione a due grandi questioni oggi prioritarie: l'*abitare* e il *lavorare*.

La questione abitativa Rileggendo le storie degli ospiti abbiamo visto come vi sia un diffuso bisogno di residenzialità. Persone prive di supporti familiari e sociali, con una storia di emarginazione alle spalle, che finiscono per trovare nella comunità un riparo dove sostare. Persone che necessitano di un accompagnamento relazionale leggero, non di trattamenti intensivi, e di un luogo affettivo oltre che fisico. Alcune hanno anche perso l'iscrizione anagrafica e sono senza residenza.

Come scrivono Maurizio Coletti e Leopoldo Grosso: «A fianco della comunità terapeutica si avverte oggi l'esigenza di strutture residenziali non direttamente finalizzate all'obiettivo dell'emancipazione dalla dipendenza, ma al raggiungimento di risultati misurati da un rapporto di maggior compatibilità con l'uso di sostanze psicoattive e un'augmentata qualità della vita»⁽⁶⁾.

6 | Coletti M., Grosso L., *op. cit.*, p. 443.

C'è dunque oggi una questione abitativa per le persone più fragili e vulnerate da anni di vita ai margini. Una questione che non può essere affrontata solo da SERD e comunità, ma chiede politiche sociali e abitative che incentivino la creazione di case famiglia, forme di *co-housing*, appartamenti protetti.

Sperimentazioni sono già in atto e prevedono ad esempio coabitazioni con la supervisione e l'affiancamento di un educatore. Agli utenti viene dato un sussidio settimanale e a chi può si richiede una quota di partecipazione economica. Negli appartamenti è vietato introdurre sostanze ed è richiesto l'impegno a non farne uso. L'intervento dell'educatore è di supporto organizzativo e gestionale.

Questi appartamenti protetti sono pensati per chi presenta aspetti di cronicità, ha già fatto diversi programmi terapeutici, non ha una famiglia né può mantenersi economicamente. In queste sperimentazioni è importante il coinvolgimento del servizio sociale comunale (per accedere alle risorse cittadine) e di quanti (agenzie di edilizia pubblica, organizzazioni cattoliche e laiche) possono mettere a disposizione ed eventualmente gestire gli appartamenti. Indispensabile è anche l'integrazione con il territorio, altrimenti le persone non sanno come impegnare il tempo diurno e quali altri luoghi frequentare che non siano i soliti luoghi dello spaccio.

Altri interventi sperimentati in questi anni riguardano le persone che hanno ottenuto un alloggio di edilizia popolare ma non sono in grado di gestirlo: l'abitare infatti è una competenza che richiede accompagnamento. Anche per queste persone si prevedono laboratori occupazionali in cui dare senso al tempo e acquisire qualche autonomia, con l'affiancamento di un operatore che diventa come un tutor nella gestione dell'alloggio (verifica ad esempio le scadenze di pagamento delle bollette) e della persona (la accompagna a visite mediche e ai servizi sociali di zona, la affianca per le pratiche di accertamento dell'invalidità o eventuali problematiche giudiziarie, la aiuta nell'organizzazione della settimana, monitora e somministra la terapia, si adopera per farle ottenere un amministratore di sostegno...).

La questione del lavoro L'altra grande questione è oggi quella dell'inserimento lavorativo nel post comunità. Se manca la possibilità di essere impegnati in una attività lavorativa una volta completato il percorso in comunità, si rischia di vanificare tutti gli sforzi fatti. Il tempo «vuoto» aumenta infatti le probabilità di una ricaduta. Per questo a volte si finisce per procrastinare la data di dimissione dalla comunità.

Certo oggi, in tempi di crisi in cui perdono il lavoro operai, impiegati e professionisti, si riducono le opportunità per quanti provengono da percorsi di fragilità. Questa constatazione non deve però scoraggiare dal cercarle e crearle nel tessuto produttivo locale, a partire proprio dalla consapevolezza che se manca questo tassello si rischia di non capitalizzare tutto il lavoro riabilitativo svolto.

Molte comunità, specie quelle che lavorano con una tipologia di utenza giovane e motivata, dedicano cura ed energie a strutturare questa fase: aiutando le persone nel costruire il curriculum, preparandole ai colloqui, promuovendo corsi professionalizzanti per acquisire competenze spendibili, facendo l'iscrizione al centro per l'impiego, contattando agenzie di ricerca lavoro, promuovendo tirocini retribuiti in ditte o cooperative o anche come volontariato in associazioni locali,

e accompagnando poi le persone nella rielaborazione della esperienza lavorativa. Si sente però l'esigenza di una ricerca lavoro più strutturata, non lasciata alle singole comunità, ma che coinvolga il Dipartimento per le dipendenze, il centro per l'impiego, altri attori locali.

Come per la questione abitativa, anche per la questione lavorativa si tratta di istituire tavoli cittadini ed eventualmente regionali per capire come a livello di politiche si possa dare dignità e futuro alle persone con storie difficili.

Riconoscere le persone fragili come dotate di diritto

Nel percorso è emersa più volte la fatica degli operatori (di SERD e comunità) a essere compagni di viaggio in queste storie difficili. Ma anche la consapevolezza che queste fatiche diventano più sopportabili se – ogni volta che si è scoraggiati e magari arrabbiati per le promesse disattese o le interruzioni dei percorsi – si tiene a mente che la sfida è, come scrive Marco Grignani, «riuscire a dare voce alle debolezze, alle fragilità, se vogliamo alla sensibilità e alla delicatezza di queste persone e riconoscere il loro diritto a esprimerle per poter cambiare contenuti sociali ormai impoveriti». Ciò «è fondamentale per farle sentire persone che esistono e hanno la possibilità di interagire con la realtà esterna e magari anche modificarla»⁽⁷⁾.

Si apre poi oggi una sfida cruciale a livello culturale: far sì che la società non consideri le persone con storie di dipendenza solo come «pazienti», bensì come soggetti dotati di diritto a essere riconosciuti come parte integrante della città. «Senza la possibilità di dare voce alle storie fragili e senza la possibilità di riconoscere le persone fragili come dotate di diritto, non sarà possibile costruire alcun progetto di cura e riabilitazione».

7 | Grignani M., *Democrazia, concertazione, cittadinanza: prerequisiti per un programma riabi-*

litativo, in «Annali di neurologia e psichiatria», XCII, 2, 1998, p. 58.

GLI AUTORI

Le riflessioni presentate in quest'inserto sono l'esito di un percorso di riflessione, promosso dal SERD e dalle comunità terapeutiche del Dipartimento per le dipendenze dell'ULSS 6 di Vicenza.

Il percorso è stato coordinato da **Francesco d'Angella** (dangella@studioaps.it) che, insieme a **Roberto Camarlinghi** (rcamarlinghi@gruppoabele.org), ha curato il report finale.

All'interno delle riflessioni scaturite dal percorso è ospitato un contributo di **Leopoldo Grosso** (leouds@interfree.it), psicologo psicoterapeuta, esperto di problematiche di dipendenza, autore (insieme a Maurizio Coletti) del volume *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti* (Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011).

IL PROGETTO

Al percorso, volto a precisare la funzione delle comunità terapeutiche, hanno partecipato: **Patrizia Balbo**, **Emanuele Goldin** (cooperativa sociale Nuova Vita), **Alessandro Bellin** (coop. soc. Cosmo), **Giovanni Carollo** (coop. soc. Cà delle Ore), **Valeria Carli** (Centro Vicentino di Solidarietà CEIS), **Francesco Dagnello** (associazione Il Borgo), **Ornella Galuppi**, **Matteo Ferracin** (Fondazione di Partecipazione San Gaetano), **Eleonora Menin** (comunità terapeutica Villa Silenzi, coop. soc. Nova), **Caterina Sucurro** (coop. soc. Airone), **Davide Tognato** (Comunità Papa Giovanni XXIII), **Vincenzo Balestra**, **Cristina Banzato**, **Roberto Cavion**, **Enzo Gelain**, **Lidia Piccolo**, **Davide Toffanin**, **Rosalba Tunno** (SERD ULSS 6 Vicenza).